

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A PERSPETIVA TRANSDIAGNÓSTICA PELA VOZ DE
PSICOTERAPEUTAS E SUPERVISORES: UM ESTUDO
QUALITATIVO PELA VARIEDADE DE FATORES**

Rita Alexandra Dias da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A PERSPETIVA TRANSDIAGNÓSTICA PELA VOZ DE
PSICOTERAPEUTAS E SUPERVISORES: UM ESTUDO
QUALITATIVO PELA VARIEDADE DE FATORES**

Rita Alexandra Dias da Silva

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Nuno Miguel Silva Conceição

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-

Comportamental e Integrativa)

2016

*“The real voyage of discovery consists not in seeking new landscapes,
but in having new eyes.”*

- Marcel Proust -

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta etapa tão importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me ajudaram e apoiaram nesta viagem e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização desta dissertação.

Ao Professor Doutor Nuno Conceição, pela disponibilidade, orientação e apoio constantes. Pela estimulação do gosto, respeito e interesse pela investigação. E, finalmente, por ter sempre acreditado nas potencialidades e interesses desta dissertação para a investigação em Psicoterapia.

A todos os terapeutas que participaram neste estudo: sem eles nada teria sido possível.

Às minhas amigas da faculdade – que levo para a vida –, pelo companheirismo, apoio e entreaajuda constantes, desde o primeiro ao último dia.

Aos meus pais, por me fazerem sempre acreditar que, com persistência e trabalho, conseguimos sempre o que queremos. Por tudo o que me dão e ensinam, e pela segurança, compreensão e aceitação incondicionais.

Ao meu irmão, por toda amizade e partilha. Por todas as brincadeiras e momentos de descontração e diversão.

Ao Rodrigo, por ter estado presente em todos os momentos desta caminhada, e por ser sempre o porto seguro dos meus desânimos, frustrações e dias difíceis. Pelo apoio e segurança transmitidos, pelas tranquilizações e motivações.

A todos,

O meu profundo e eterno agradecimento.

RESUMO

As abordagens transdiagnósticas relevam fatores, mecanismos ou processos compartilhados por várias perturbações psicológicas e, apesar de os fatores transdiagnósticos estarem a ser alvo de crescente estudo, a sua ligação com a prática clínica e de supervisão tem recebido comparativamente menos atenção. Por isso, é importante conduzir a investigação empírica no sentido de uma descrição mais profunda sobre o que os fatores transdiagnósticos representam, para melhor compreender como eles podem informar e influenciar a tomada de decisão e a prática clínica e de supervisão. Esta dissertação também pretende contribuir para o desenvolvimento da perspetiva transdiagnóstica, revendo a sua literatura, e mostrando a multiplicidade de fatores e modelos transdiagnósticos que competem por preeminência.

Foi construído um guião para a recolha de dados. Com este guião, tenta-se a) encontrar processos transdiagnósticos que ainda não tenham sido mencionados na literatura; b) reforçar a evidência qualitativa para os fatores já identificados; e c) perceber como é que esses fatores são ou podem ser utilizados pelos psicoterapeutas e supervisores na sua prática. Os dados foram recolhidos numa amostra de 51 psicoterapeutas e supervisores internacionais, e analisados através de uma metodologia qualitativa. Os resultados demonstram que os fatores transdiagnósticos que mais informam e influenciam a prática clínica são os processos emocionais, comportamentais, cognitivos, intrapessoais, interpessoais, e relacionados com o *insight* e a consciência. Para além dos fatores comuns a várias perturbações identificados, os resultados também revelam possíveis elementos de intervenção transdiagnóstica.

Discutem-se limitações do estudo e implicações dos resultados, são apresentadas considerações metodológicas e sugerem-se linhas de investigação futuras.

Palavras-chave: Fatores Transdiagnósticos, Análise Qualitativa, Psicoterapeutas, Supervisores

ABSTRACT

Transdiagnostic approaches reveal factors, mechanisms or processes shared across psychological disorders. Although transdiagnostic factors have been increasingly studied, their connection with applied clinical practice and supervision has received comparatively less attention. It is therefore relevant to turn empirical research attention to a deeper description of what transdiagnostic factors represent as well as to better understand how they can inform and influence clinical and supervisory decision making and practice. This research also aims to contribute to the development of the transdiagnostic perspective, reviewing its literature, and showing the multiplicity of transdiagnostic factors and models competing for preeminence.

In this context, an interview schedule was built for data collection. Thus, the purpose of this study is to try to a) find transdiagnostic processes not yet mentioned in the literature; b) strengthen the qualitative evidence to the already identified factors; and c) understand how these factors are or may be used by psychotherapists and supervisors in their practice. The data were gathered from a sample of 51 international psychotherapist and supervisors, and analyzed using a qualitative methodology. The results show that the transdiagnostic factors that most inform and influence clinical practice are emotional, behavioral, cognitive, intrapersonal, interpersonal, and insight/awareness-related processes. In addition to the identified common factors shared by several psychological disorders, the results also reveal possible transdiagnostic intervention elements.

Both the limitations of this study and implications of the results are hereby discussed, as well as several methodological considerations and potential new approaches for future research.

Keywords: Transdiagnostic Factors, Qualitative Analysis, Psychotherapists, Supervisors

ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO.....	9
II.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
	As Abordagens Transdiagnósticas.....	11
	Abordagem Sindromática <i>versus</i> Abordagens Alternativas.....	12
	Vantagens e Utilidade da Perspetiva Transdiagnóstica.....	13
	Desvantagens e Limitações da Perspetiva Transdiagnóstica.....	15
	Alguns Modelos Explicitamente Assumidos como Transdiagnósticos.....	16
	Outros Processos Transdiagnósticos.....	19
III.	QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	24
IV.	MÉTODO.....	26
	Procedimento e Participantes.....	26
	Instrumento de Recolha de Dados.....	33
	Procedimento de Análise de Dados.....	35
V.	RESULTADOS.....	37
	Apresentação e Análise dos Resultados.....	37
	Os “Common Processes” – Seeing & Working.....	37
VI.	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	53
	Limitações do Estudo e Sugestões para Estudos Futuros.....	58
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Número de Participantes por Género.....	27
Figura 2	Nacionalidade dos Participantes.....	28
Figura 3	Anos de Experiência Profissional dos Participantes.....	29
Figura 4	Nível de Educação dos Participantes.....	29
Figura 5	Caracterização da Amostra do Estudo.....	30
Figura 6	Perturbações e Dificuldades Relatadas pelos Participantes.....	31
Figura 7	Categorias Principais de "Common Processes - Seeing & Working".....	38
Figura 8	Categoria "Emotional Processes/Focus".....	41
Figura 9	Categoria "Behavioral Processes/Focus".....	43
Figura 10	Categoria "Self-Self Processes/Focus".....	45
Figura 11	Categoria "Self-Other Processes/Focus".....	47
Figura 12	Categoria "Cognitive Processes/Focus".....	50
Figura 13	Categoria "Body Processes/Focus".....	51
Figura 14	Categoria "Motivational Processes/Focus".....	52
Figura 15	Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de Leahy (2002).....	Anexo A
Figura 16	Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de Harvey et al. (2004).....	Anexo A
Figura 17	Processos Transdiagnósticos Identificados no Modelo de Carey (2008).....	Anexo A
Figura 18	Processos Transdiagnósticos Identificados por McEvoy, Nathan, e Norton (2009).....	Anexo A
Figura 19	Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de Nolen-Hoeksema e Watkins (2011).....	Anexo A

Figura 20	Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de McKay, Fanning e Zurita Ona (2011).....	Anexo A
Figura 21	Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de Barlow et al. (2011)	Anexo A
Figura 22	Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de Frank & Davidson (2014).....	Anexo A
Figura 23	Comparações dos Contributos dos Modelos Transdiagnósticos.....	Anexo B
Figura 24	Processos Transdiagnósticos e Respetivas Perturbações Psicológicas...	Anexo C
Figura 25	Categoria "Insight & Awareness Processes/Focus"	Anexo E
Figura 26	Categoria "Skills & Learning Processes/Focus"	Anexo E
Figura 27	Categoria "Establishing and Maintaining Therapeutic Alliance Focus" ..	Anexo E
Figura 28	Categoria "Therapy Processes/Structure Focus"	Anexo E
Figura 29	Categoria "Trauma Processes/Focus"	Anexo E
Figura 30	Categoria "Family, Couple & Parenting Processes/Focus"	Anexo E
Figura 31	Categoria "Change Consolidation Processes/Focus"	Anexo E
Figura 32	Fatores Já Reconhecidos versus Fatores Inovadores.....	Anexo F

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A	Fatores, Processos e Mecanismos Identificados pelos Modelos Transdiagnósticos Apresentados
Anexo B	Contributos dos Modelos Transdiagnósticos
Anexo C	Outros Processos Transdiagnósticos
Anexo D	Instrumento de Recolha de Dados
Anexo E	Tabelas de Resultados das Categorias “Insight & Awareness Processes/Focus”, “Skills & Learning Processes/Focus”, “Establishing And Maintaining Therapeutic Alliance Focus”, “Therapy Process/Structure Focus”, “Trauma Process/Focus”, “Family, Couple & Parenting Process/Focus” e “Change Consolidation Process/Focus”
Anexo F	Fatores Já Reconhecidos <i>versus</i> Fatores Inovadores
Anexo G	Lista Longa de Fatores Transdiagnósticos (disponibilizada apenas em formato digital)
Anexo H	Lista Curta de Fatores Transdiagnósticos (disponibilizada apenas em formato digital)

I. INTRODUÇÃO

A investigação em Psicoterapia tem sido marcada por constantes debates e tensões. Mais recentemente, emergiu uma perspetiva teórica que se foca nas semelhanças entre diferentes perturbações (Taylor & Clark, 2009) – a *perspetiva transdiagnóstica* – por oposição a uma perspetiva específica a cada diagnóstico.

Esta abordagem transdiagnóstica tem ganho cada vez mais força, e as investigações realizadas nesta área têm-se debruçado na identificação de processos comuns às várias perturbações, e no desenvolvimento de modelos e intervenções focadas nesses processos. Adicionalmente, os estudos também têm tentado perceber se a perspetiva transdiagnóstica, nomeadamente as intervenções transdiagnósticas, tem vantagens significativas relativamente à perspetiva focada na perturbação. Por exemplo, Harvey, Watkins, Mansell, e Shafran (2004) defendem que a perspetiva transdiagnóstica pode ser especialmente importante para perceber os processos que predis põem, precipitam e mantêm uma perturbação, e como é que determinado fator faz o seu caminho até à expressão de uma perturbação psicológica. Para além disso, Mansell (2010) defende que a tarefa de identificar processos comuns a perturbações é cada vez mais considerada como a forma mais produtiva de desenvolver intervenções eficientes, facilmente treináveis e coerentes.

Portanto, verifica-se indiscutivelmente um foco crescente no estudo de fatores e modelos transdiagnósticos, no entanto, a sua ligação com a prática clínica e de supervisão tem recebido comparativamente menos atenção.

Assim, a presente investigação foca-se na tentativa de reunir e sumarizar alguns modelos e processos explicitamente assumidos como transdiagnósticos, e – principalmente – compreender quais os processos transdiagnósticos que, segundo os psicoterapeutas e supervisores, informam e influenciam a tomada de decisão e a prática clínica e de supervisão.

Para alcançar este objetivo, utilizar-se-á uma metodologia qualitativa, de carácter exploratório, com recurso a um guião criado, que convidava os participantes do estudo a identificarem processos comuns a pacientes/clientes e/ou perturbações/dificuldades. Através do foco num ou mais pacientes/clientes da última semana de sessões, eram apresentadas duas questões de resposta aberta para compreender o fenómeno em estudo.

Participaram 51 psicoterapeutas/supervisores internacionais – maioritariamente Americanos – independentemente do modelo ou abordagem teórica que seguem.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

AS ABORDAGENS TRANSDIAGNÓSTICAS

Desde o início da investigação em psicoterapia que se verifica um debate controverso no meio psicoterapêutico: fatores comuns *versus* fatores específicos. Os resultados terapêuticos devem-se às diferentes teorias de psicoterapia e respetivos fatores específicos ou aos fatores comuns a todas as formas de psicoterapia (Paul, 1967)? A perspetiva que defende os componentes partilhados por várias teorias que guiam as intervenções (e.g., aliança terapêutica) é designada *perspetiva transteórica* e tem sido alvo de investigação durante as últimas décadas.

Mais recentemente, começou a reacender-se uma outra tensão no meio psicoterapêutico que tem sido alvo de crescente estudo. Por um lado, existe a abordagem teórica, prática e de investigação específica a cada diagnóstico, que divide as perturbações psicológicas em entidades discretas, com critérios e intervenções específicos. Por outro, tem vindo a emergir uma perspetiva teórica que se foca nas semelhanças entre diferentes perturbações (Taylor & Clark, 2009), denominada *perspetiva transdiagnóstica*, e é ainda um trabalho em progresso.

Mansell, Harvey, Watkins, e Shafran (2009), e Nolen-Hoeksema e Watkins (2011) argumentam que a abordagem transdiagnóstica pode não ser assim tão recente e que tem um antecedente histórico. Os autores reconhecem que, no início do século XX, a psicologia era dominada por modelos gerais que descreviam os processos subjacentes à maioria das formas de psicopatologia. Particularmente, a formulação psicanalítica fornecia uma abordagem psicológica mais ou menos unificada (e.g., mecanismos de defesa), e as primeiras abordagens comportamentais (e.g., condicionamento operante e clássico, erros de pensamento), de Beck e Ellis, enfatizavam princípios que podiam ser aplicados a vários problemas psicológicos (e.g., Fobias, Depressão, Esquizofrenia). Mais tarde, com a introdução da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III; American Psychiatric

Association, 1980), começou-se a diferenciar as perturbações com base nas suas características e causas. Os autores do DSM-III rejeitaram os antigos sistemas de classificação e os investigadores passaram a focar-se na identificação de causas e fatores de risco de cada perturbação. O número de perturbações continuou a aumentar a cada nova edição do manual.

A investigação relativa aos processos específicos a cada perturbação psicológica é atualmente denominada por “focada na perturbação”. Na perspetiva de Clark e Fairburn (1997) esta abordagem contribuiu para uma maior compreensão de várias perturbações psicológicas e para uma maior capacidade de intervenção.

Em alternativa, a perspetiva transdiagnóstica pode ser importante para perceber, por exemplo, os processos envolvidos na etiologia de uma perturbação (i.e., causa distal e causa inicial) e os processos envolvidos na sua manutenção (i.e., causa proximal/processos perpetuadores) (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004). Os fatores predisponentes (e.g., genética) influenciam todo o curso da perturbação; os processos precipitantes (e.g., evento de vida) contribuem mais no início, sendo que depois a sua influência começa a diminuir; e os fatores de manutenção aumentam à medida que a perturbação se instala.

Abordagem Sindromática Versus Abordagens Alternativas

Os esquemas dominantes para classificar as perturbações psicológicas são a Classificação Internacional de Perturbações (ICD; World Health Organization) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM; American Psychiatric Association), que adotam a *abordagem sindromática*. Esta abordagem usa grupos de sinais (o que o clínico vê) e sintomas (o que o paciente relata), que são vistos como indicadores de uma perturbação.

Apesar das reconhecidas vantagens destes sistemas de classificação, Beutler e Malik (2002) enfatizam as suas limitações. Primeiro, quando se atribui um diagnóstico, pode minimizar-se a complexidade do quadro clínico e perder-se informação importante, e o paciente

pode sentir-se discriminado. Segundo, os sistemas de classificação atuais incluem inúmeras perturbações, sendo improvável que os clínicos dominem todas. Por fim, estes sistemas veem cada perturbação como uma entidade distinta de outras perturbações e de um “comportamento normal”. No entanto, esta conceptualização das perturbações não reflete a realidade clínica, visto que a maioria dos processos envolvidos ocorrem num contínuo.

Têm, por isso, sido feitas várias tentativas para melhorar a abordagem sindromática. Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford, e Follette (1996), propuseram que a investigação e a prática clínica deveria basear-se nos processos comuns de etiologia ou manutenção às várias perturbações. Os autores demonstraram a utilidade desta perspetiva ao sugerir que a tentativa de evitar experiências internas (pensamentos/sentimentos/sensações) é um processo comum a várias perturbações. De forma semelhante, Ingram (1990) demonstrou que a atenção auto focada também é um processo comum a várias perturbações psicológicas.

Vantagens e Utilidade da Perspetiva Transdiagnóstica

Os fatores transdiagnósticos constituem um ponto de interseção entre personalidade e psicopatologia, sendo, por isso, um fenómeno relevante e útil para a prática clínica (Rodriguez-Seijas, Eaton & Krueger, 2015).

Uma potencial vantagem da perspetiva transdiagnóstica é que esta pode fornecer explicações parcimoniosas para os elevados níveis de comorbilidade entre perturbações (Harvey et al., 2004). Primeiro, as características de uma perturbação podem atuar como fatores de risco para outra perturbação psicológica. E, segundo, a comorbilidade pode refletir processos de vulnerabilidade ou de manutenção comuns.

Este aspeto é especialmente importante ao nível da conceptualização, uma vez que o foco na identificação de dimensões transdiagnósticas permite reduzir a confusão associada à comorbilidade. A conceptualização de caso transdiagnóstica fornece uma caracterização clara

e uma organização empírica das manifestações da psicopatologia do paciente, reduzindo a necessidade de considerar o significado da articulação de todos os diagnósticos presentes. Esta orientação inicial é posteriormente complementada com uma compreensão mais profunda sobre os modos específicos como os fatores transdiagnósticos se manifestam nas vidas dos pacientes (Rodriguez-Seijas et al., 2015).

Nolen-Hoeksema e Watkins (2011) defendem ainda que existe uma concordância crescente relativamente ao facto de as diferentes perturbações serem constituídas por versões disfuncionais de processos que variam ao longo de um *continuum* na população geral e que são observados em várias perturbações. A abordagem transdiagnóstica foca-se nesses processos disfuncionais, aproximando-nos de compreender a verdadeira natureza da psicopatologia de uma forma mais parcimoniosa.

Mais especificamente, no que diz respeito à avaliação, as abordagens transdiagnósticas têm o potencial de facilitar a compreensão do conjunto completo de funcionamento ou disfunção em inúmeros domínios clinicamente relevantes. No geral, a avaliação transdiagnóstica pode ser uma estratégia mais simples e eficaz do que a avaliação tradicional, uma vez que permite caracterizar o paciente, ponderar e combinar os sinais/sintomas para compreender o nível de severidade dos problemas apresentados, acomodar a heterogeneidade de diagnósticos, e fornecer informação sobre os fatores transdiagnósticos (Rodriguez-Seijas et al., 2015).

Finalmente, esta abordagem pode ainda ajudar a chegar a intervenções que se focam em fatores transdiagnósticos e que, conseqüentemente, têm efeitos nas várias perturbações que se associam a esses fatores. Por outras palavras, uma intervenção que reverta os processos subjacentes a uma perturbação conduz a uma melhoria em todas as perturbações presentes. Deste modo, a perspetiva transdiagnóstica pode tornar possível a definição de uma única intervenção ou de componentes de intervenção eficazes em várias perturbações (Harvey et al.,

2004). No entanto, dada a realidade da prática clínica, é improvável que alguma vez exista uma abordagem de intervenção que se adeque a todas as perturbações.

McEvoy, Nathan, e Norton (2009) explicaram as potenciais vantagens das intervenções transdiagnósticas, enfatizando os efeitos positivos nas perturbações secundárias comórbidas – que não são alvo de intervenção nas intervenções específicas – e a possibilidade de intervenções mais simples, que resultam numa maior difusão de intervenções empiricamente validadas.

Desvantagens e Limitações da Perspetiva Transdiagnóstica

Embora existam vários argumentos que apoiam as abordagens transdiagnósticas, é importante verificar se estas abordagens ajudam eficazmente os pacientes a considerarem as suas dificuldades, a moverem-se no sentido dos objetivos da terapia e a resolverem as perturbações e dificuldades (Dudley, Kuyken, & Padesky, 2011).

Apesar de haver forte evidência para os processos transdiagnósticos, a evidência para as intervenções transdiagnósticas é ainda limitada (McEvoy & Nathan, 2007). Nos estudos até à data não é claro se os componentes-chave da mudança são os aspetos transdiagnósticos da intervenção ou outros aspetos comuns a todas as orientações psicológicas (Stiles, Barkham, Mellor-Clark, & Connell, 2008). Clark (2009) afirma ainda que a maioria das intervenções transdiagnósticas não são puras e contêm ingredientes das intervenções específicas, e que, por isso, a evidência da eficácia transdiagnóstica pode dever-se à inclusão accidental desses elementos. Para além disso, McEvoy, Nathan, e Norton (2009) também apresentaram potenciais desvantagens destas intervenções, sugerindo que grupos heterogéneos podem diminuir a coesão do grupo, limitar a aprendizagem vicariante, e conduzir a *drop-out*.

Harvey et al. (2004) afirmam que uma outra limitação da perspetiva transdiagnóstica consiste no facto de não explicar o porquê de as pessoas com diferentes perturbações psicológicas se poderem apresentar tão diferentes, apesar da existência de fatores comuns. Uma

possibilidade é que as diferenças entre as perturbações psicológicas podem ser, pelo menos em parte, explicadas pelo facto de cada perturbação estar associada a preocupações específicas, que determinam os enviesamentos no processamento de informação e os processos comportamentais.

No entanto, é possível que a maior limitação desta perspetiva transdiagnóstica esteja relacionada com o facto de ainda não fazer o que se propõe a fazer, e que é simplificar de uma forma parcimoniosa, visto que existem muitos processos transdiagnósticos identificados na literatura. Para Taylor e Clark (2009) é, inclusivamente, possível considerar que este modelo está mais desorganizado do que os modelos específicos de cada perturbação.

ALGUNS MODELOS EXPLICITAMENTE ASSUMIDOS COMO TRANSDIAGNÓTICOS

Os investigadores parecem estar, cada vez mais, em busca de um modelo que explique o *como* e o *porquê* de os processos transdiagnósticos (e/ou vulnerabilidades que possam predispor alguém a desenvolver uma psicopatologia) aparecerem num *continuum* de perturbações e resultarem no desenvolvimento de diferentes psicopatologias.

De seguida, serão apresentados alguns modelos transdiagnósticos mais recentes.

Começando pelo trabalho de Leahy (2002), este autor apresenta um modelo transdiagnóstico, que envolve esquemas emocionais transdiagnósticos, e delineia uma forma de compreender o modo como as emoções operam dentro do modelo cognitivo-comportamental. Neste modelo, os “esquemas emocionais” são estratégias de *coping* utilizadas com o objetivo de diminuir a manutenção ou impedir o aumento da emoção negativa, depois de ter sido experienciada. As dimensões sugeridas podem ajudar a identificar e modificar os esquemas que

mantêm ou aumentam as experiências emocionais negativas. No Anexo A (Figura 15), encontram-se representados estes esquemas emocionais.

Já Harvey et al. (2004) realizaram uma grande revisão de estudos empíricos sobre os processos cognitivos e comportamentais das perturbações do Eixo I do DSM-IV, com o propósito de identificar processos transdiagnósticos. O modelo transdiagnóstico apresentado baseia-se no facto de muitas perturbações serem mantidas por mecanismos cognitivos e comportamentais semelhantes. Foram identificados cinco processos transdiagnósticos gerais: processos atencionais, processos de memória, processos de racionalização, processos de pensamento e processos comportamentais. No Anexo A (Figura 16) é possível encontrar os processos específicos compreendidos em cada um dos domínios gerais acima referidos.

Mais tarde, Carey (2008) identifica o *conflito percetivo interno* como um processo transdiagnóstico (Anexo A, Figura 17), tendo desenvolvido uma teoria para lhe dar sentido – a Teoria do Controlo Percetivo. Segundo este quadro teórico, é possível controlar a forma como organizamos a experiência e a perceção – através da sensação de importância pessoal –, sendo esta (in)capacidade observada em várias perturbações. O autor explica que as pessoas podem escolher a lente pela qual veem quando dão significado à própria experiência pessoal. Consequentemente, se olhamos por uma lente predisposta a ver tudo como aleatório e caótico, é provável que as coisas pareçam ser assim.

Em 2007, Baer identificou o treino de *mindfulness* como um elemento interventivo transdiagnóstico e, em 2009, McEvoy, Nathan, e Norton reviram dez ensaios e uma meta-análise de intervenções transdiagnósticas, identificando elementos transdiagnósticos de intervenção, que se encontram representados no Anexo A (Figura 18).

Já Nolen-Hoeksema e Watkins (2011) desenvolveram um modelo transdiagnóstico, que pretende explicar como um fator transdiagnóstico de risco conduz ao desenvolvimento de uma perturbação. Neste modelo, a *multifinalidade* é o fenómeno de um único fator transdiagnóstico

de risco conduzir a múltiplas perturbações, e as *trajetórias divergentes* referem-se ao fenómeno de um único fator transdiagnóstico de risco se expressar de modos distintos em diferentes indivíduos. Este modelo tem três níveis, com fases intermédias, onde os fatores moderadores mudam, moldam e/ou conduzem à etapa seguinte, e, por fim, ao desenvolvimento de psicopatologia (Anexo A, Figura 19).

Outros autores que apresentam um modelo explicitamente transdiagnóstico são McKay, Fanning, e Zurita Ona (2011). Estes autores identificaram sete estratégias de *coping* mal adaptativas comuns a todas as perturbações emocionais e oito elementos de intervenção transdiagnóstica, explicitadas no Anexo A (Figura 20). Estas estratégias mal adaptativas são utilizada para fornecer alívio imediato de emoções difíceis, conduzindo à manutenção e intensificação da sua experiência. Cada um dos elementos de intervenção ensina uma competência específica que visa um ou mais fatores transdiagnósticos, resultando numa melhoria dos sintomas de várias perturbações e na redução da confiança nas estratégias de *coping* mal adaptativas (McKay, Fanning, e Zurita Ona, 2011).

Ainda em 2011, Barlow, em colaboração com outros autores – Ellard, Fairholme, Farchione, Boisseau, Allen, e Ehrenreich-May – criaram um Protocolo Unificado para uma intervenção transdiagnóstica cognitivo-comportamental, focada nas emoções, em perturbações emocionais. Este modelo enfatiza a natureza adaptativa e funcional das emoções, e procura identificar e corrigir tentativas mal adaptativas de regulação emocional, facilitando assim o processamento adequado e a extinção de respostas emocionais excessivas a pistas internas e externas. Os autores realizaram uma revisão de vários estudos e concluíram que existe uma grande variedade de processos comuns que são partilhados pelas perturbações emocionais. O Modelo Unificado tem um foco modular, o que permite que se selecione as partes da intervenção que são mais adequadas a cada paciente. Os processos comuns e os módulos de intervenção são apresentados no Anexo A (Figura 21).

Finalmente, Frank e Davidson (2014) desenvolveram o primeiro modelo transdiagnóstico de conceptualização de caso, que inclui mecanismos transdiagnósticos (inseridos em dois grupos: mecanismos de vulnerabilidade e mecanismos de resposta), um método para ligar esses mecanismos com os problemas dos pacientes, e um processo passo-a-passo para guiar os terapeutas ao longo do processo terapêutico.

O núcleo da conceptualização é constituído por um ou mais mecanismos psicológicos e por hipóteses sobre como esses mecanismos operam e interagem para originar os problemas ou perturbações do paciente. Os autores descrevem ainda modos de usar as hipóteses relacionadas com os mecanismos e os dados de monitorização do progresso para seleccionar intervenções e tomar outras decisões clínicas que guiam a terapia.

No Anexo A (Figura 22) encontram-se esquematizados todos os mecanismos transdiagnósticos identificados pelos autores do modelo.

OUTROS PROCESSOS TRANSDIAGNÓSTICOS

Os modelos previamente apresentados contribuíram para a inventariação de processos transdiagnósticos de duas formas: explicitando processos comuns inovadores ou não anteriormente apresentados como tal, ou reforçando a ideia de que determinado fator o é, por ser reconhecido por vários autores. No Anexo B (Figura 23) encontram-se esquematizados os contributos reforçadores e inovadores de cada modelo.

Adicionalmente, alguns dos processos transdiagnósticos identificados nos modelos anteriormente descritos, são também reconhecidos em estudos de outros autores. Este facto reforça ainda mais ideia de que estes mecanismos são realmente transdiagnósticos. No Anexo

C (Figura 24) encontram-se ilustrados os fatores que têm sido alvo de estudos, e as respectivas perturbações em que se manifestam.

Para além de todos os processos comuns já identificados, existem ainda outros fatores que têm sido empiricamente reconhecidos como transdiagnósticos.

Salienta-se, por exemplo, a **intolerância à frustração**. Harrington (2006) estudou a relação entre as quatro dimensões da escala Frustração-Desconforto (intolerância emocional, exigências de direitos, conforto, e realização) e medidas de humor depressivo, ansiedade e raiva, em população clínica. Os resultados indicam que as subescalas se relacionam diferencialmente com as emoções específicas: Exigências de Direitos associa-se exclusivamente à raiva; Intolerância ao Desconforto ao humor deprimido; e Intolerância Emocional à ansiedade.

O **pensamento catastrófico** também tem sido alvo de crescente estudo. Gellatly & Beck (2016) conduziram uma revisão compreensiva da literatura relativamente ao papel das crenças catastróficas como um preditor de perturbações, tais como Pânico, Fobias, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação de Stress Pós-Traumático, Dor, e Traumatismo Craniano. Apesar de o processo do pensamento catastrófico ser transdiagnóstico, o conteúdo envolvido é único para cada perturbação.

Relativamente aos **mecanismos de defesa** (e.g., *negação, regressão, dissociação, projeção, repressão, deslocamento, anulação*) de Anna Freud, estes subjazem a maioria das formas de psicopatologia (e.g., Fobias, Depressão, Esquizofrenia) (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011) e são, por isso, transdiagnósticos.

Por sua vez, a **fatiga** foi igualmente identificada como um fator transdiagnóstico por Fairholme, Carl, Farchione, e Schonwetter (2012), num estudo, cujo objetivo era o de identificar fatores comuns que subjazem ou mantêm a insónia e as perturbações emocionais.

Também as **dificuldades interpessoais** têm sido alvo de estudos empíricos. Feldman, Tung, e Lee (2016) conduziram uma investigação, cujos resultados demonstram que a falta de competências sociais (i.e., falta de cooperação, afirmação, responsabilidade, autocontrole) potencia o desenvolvimento de depressão em jovens com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.

La Greca, Ehrenreich-May, Mufson, e Chan (2016) consideram igualmente que as dificuldades interpessoais são transdiagnósticas, sugerindo ainda um outro fator: **vitimização dos pares**. Consequentemente, desenvolveram um programa de treino de competências interpessoais, que integra estratégias para lidar com a Depressão, a Ansiedade Social e a Vitimização dos Pares.

Ao nível dos **processos familiares**, Schleider e Weisz (2016) desenvolveram um modelo – o Modelo Triádico dos Processos Familiares –, que sugere três níveis de fatores familiares transdiagnósticos que podem contribuir para os problemas de internalização dos adolescentes: *fatores parentais* (e.g., saúde mental dos pais, estrutura familiar), *fatores diádicos* (e.g., estilos parentais, feedback parental, modelagem parental, qualidade da relação entre irmãos), e *fatores familiares* (e.g., estabilidade e funcionamento familiar, tratamento diferencial dos pais em relação aos filhos).

Os autores defendem que os fatores dos três níveis se influenciam mutuamente; moldam o desenvolvimento e manutenção de processos do domínio cognitivo, social, comportamental e afetivo; e podem influenciar o desenvolvimento de problemas de internalização dos jovens.

Ainda relativamente aos processos familiares, Dozois, Seeds, e Collins (2009) identificaram a *psicopatologia parental* como um fator transdiagnóstico de risco para o desenvolvimento de Depressão e Perturbações de Ansiedade.

De seguida, serão sugeridos possíveis mecanismos e modelos integrativos que também podem ser considerados como transdiagnósticos, podendo vir a servir como inspiração para futuros estudos.

Portanto, temos um conjunto de modelos que se apresentam como transdiagnósticos, e um conjunto de outros autores que vão estudando determinados fatores, não necessariamente inseridos num modelo, como potencialmente transdiagnósticos.

Não é, contudo, claro porque é que outros fatores ou modelos não merecem tal estatuto, até porque, no campo da integração em psicoterapia, é muito comum trabalhar-se em torno de fatores e processos transteóricos e transdiagnósticos. Vejamos o que acontece com três modelos integrativos, a título de exemplo.

Os dezoito Esquemas Mal Adaptativos Precoces ou os XXX Modos, da Terapia dos Esquemas, de Young, Klosko, e Weishaar (2003), podem muito bem constituir processos transdiagnósticos, por contribuírem para uma vulnerabilidade para desenvolver várias psicopatologias e se observarem em indivíduos com diversas perturbações. Estes esquemas referem-se a temas extremamente estáveis que se desenvolvem na infância e adolescência e que evoluem para modelos de processamento cognitivo disfuncionais das experiências, sendo continuamente elaborados.

Por sua vez, a Terapia Comportamental Dialética, de Linehan (1993) eficaz com a Perturbação da Personalidade *Borderline*, Perturbação de Stress Pós-Traumático, Dependência de Substâncias, Depressão e Perturbações Alimentares, consiste naquilo que poderia designar-se uma intervenção comportamental modular transdiagnóstica que integra princípios de ciência comportamental com os da prática de *mindfulness*, com o objetivo de proporcionar uma síntese de mudança e aceitação. Os dilemas dialéticos podem assim ser úteis enquanto fatores transdiagnósticos: *vulnerabilidade emocional* versus *auto invalidação*; *passividade ativa* versus *competência aparente*; e *crise incessante* versus *luto inibido* (Linehan, 1993). Rathus e

Miller (2000) desenvolveram outros dilemas dialéticos (característicos da adolescência), que também podem ser considerados transdiagnósticos: *leniência excessiva* versus *controle autoritário*; *forçar a autonomia* versus *manter a dependência*; e *normalizar comportamentos patológicos* versus *patologizar comportamentos normais*. Para além disso, toda a DBT assenta muito em quatro competências (ou ausência delas), que também se revelaram transdiagnósticas, sendo elas eficácia interpessoal, *mindfulness*, regulação emocional, e tolerância ao desconforto.

Finalmente, na Terapia Focada nas Emoções, os marcadores emocionais observam-se frequentemente na depressão e no conflito conjugal, e em problemas com determinada expressão emocional (e.g., luto não resolvido, dificuldades em decidir, autocrítica, eventos traumáticos, dificuldades em esquecer/perdoar) (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Greenberg, 2002). Por estes motivos, é possível considerar que os marcadores emocionais são fatores transdiagnósticos, uma vez que têm o potencial de contribuir para o desenvolvimento e/ou manutenção de diferentes psicopatologias. Exemplos destes marcadores emocionais potencialmente transdiagnósticos são: *reações problemáticas*, *sensações pouco claras*, *split de conflito (interno)*, *split-interruptivo* e *assuntos inacabados*.

São apenas três exemplos, mas que deixam em aberto a possibilidade ou mesmo a necessidade de explorar empiricamente se surge evidência directa por parte dos clínicos a favor de fatores explicitamente anunciados como transdiagnósticos por modelos ou por estudos expressamente desenvolvidos para lhes permitir tal estatuto, assim como de outros fatores que ainda careçam desse estatuto injustamente.

Um estudo qualitativo exploratório assente no trabalho realizado por terapeutas e supervisores numa semana ou quinzena de sessões, com os seus clientes ou pacientes, pode ser, para já, um bom ponto de partida.

III. QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A presente investigação toma um caráter exploratório e descritivo, uma vez que pretende estudar um fenómeno que começou a ser explorado e descrito na literatura há relativamente pouco tempo, especialmente no que diz respeito à população inquirida (i.e., psicoterapeutas e supervisores). Para além disso, a abordagem é essencialmente exploratória, uma vez que se pretende uma descrição e conceptualização de fenómenos partindo dos dados obtidos, e não de hipóteses teóricas pré-determinadas.

Para alcançar os objetivos do estudo, os dados recolhidos foram analisados através de uma metodologia qualitativa, que tem a potencialidade de ser bastante apelativa tanto para investigadores, como para clínicos e estudantes, uma vez que os aproxima do fenómeno a ser estudado e da experiência terapêutica, através do relato direto dos participantes (psicoterapeutas e supervisores, neste caso) (McLeod, 2013). Para além disso, o objetivo da investigação qualitativa, em psicoterapia, é desenvolver uma compreensão acerca da forma como o mundo da terapia é construído, o que facilita a desconstrução e construção crítica sobre a terapia e sobre a forma como esta funciona (McLeod, 2001). Este método de investigação exige uma análise intensiva dos dados, uma vez que não é um processo linear e requer uma revisão repetida dos dados e suas interpretações, a partir de múltiplas perspetivas.

Para a presente investigação foi criado o acrónimo *TIP*, de *Transdiagnostic International Project*.

Este estudo tem como principal objetivo a tentativa de perceber que processos transdiagnósticos emergem e o que representam, e compreender a forma como estes mecanismos podem informar e influenciar a tomada de decisão e a prática em clínica e em supervisão.

A principal questão de investigação deste estudo é: “Quais os processos que os psicoterapeutas e supervisores reconhecem como sendo transdiagnósticos e de que forma estes

mecanismos identificados informam e influenciam a tomada de decisão e a prática clínica e de supervisão?”.

Assim, esta questão pode dividir-se em duas questões relacionadas com (a) os processos transdiagnósticos reconhecidos e identificados pelos participantes e (b) o trabalho terapêutico que é feito para intervir nesse mecanismo.

Os participantes podem ainda focar-se em processos comuns que mantêm as perturbações ou dificuldades dos seus clientes/pacientes – *dificultadores* – ou aqueles que refletem as conquistas ou mudanças – *libertadores*.

Desta forma, através da utilização de uma abordagem qualitativa e exploratória, a presente investigação pretende:

1. Sumarizar alguns modelos e fatores explicitamente assumidos como transdiagnósticos;
2. Encontrar processos transdiagnósticos (ou comuns) a pacientes/clientes que ainda não tenham sido mencionados na literatura clínica ou empírica;
3. Reforçar a evidência qualitativa para os fatores já identificados; e
4. Perceber como é que esses fatores são ou podem ser utilizados pelos psicoterapeutas e supervisores na sua prática.

IV. MÉTODO

PROCEDIMENTO E PARTICIPANTES

Para a realização do presente estudo, foi criada uma plataforma *on-line* que esteve em funcionamento desde maio até setembro de 2016, onde foi colocado o instrumento desenvolvido pelos investigadores do presente estudo.

Portanto, o procedimento de obtenção e seleção da amostra seguiu um processo de amostragem não probabilístico, do qual emergiu uma amostra de conveniência, disponibilizando a recolha de dados através de um convite via e-mail para a participação no estudo. Este e-mail destinou-se a psicoterapeutas internacionais membros da SEPI (*Society for Exploration of Psychotherapy Integration*). Os participantes que constituem a amostra deveriam preencher apenas a condição de serem Psicoterapeutas e/ou Supervisores, independentemente da sua orientação teórica ou dos anos de prática clínica e/ou de supervisão.

Após estarem de acordo com o consentimento informado, os terapeutas e supervisores eram primeiramente convidados a preencher diversos dados para a caracterização sociodemográfica (Figura 5).

A amostra em análise é composta por 51 participantes (N=51), com idades compreendidas entre os 27 e os 79 anos ($M=56,16$; $DP=13,68$), correspondendo 47,06% (n=24) ao sexo feminino e 52,94% (n=27) ao sexo masculino (Figura 1).

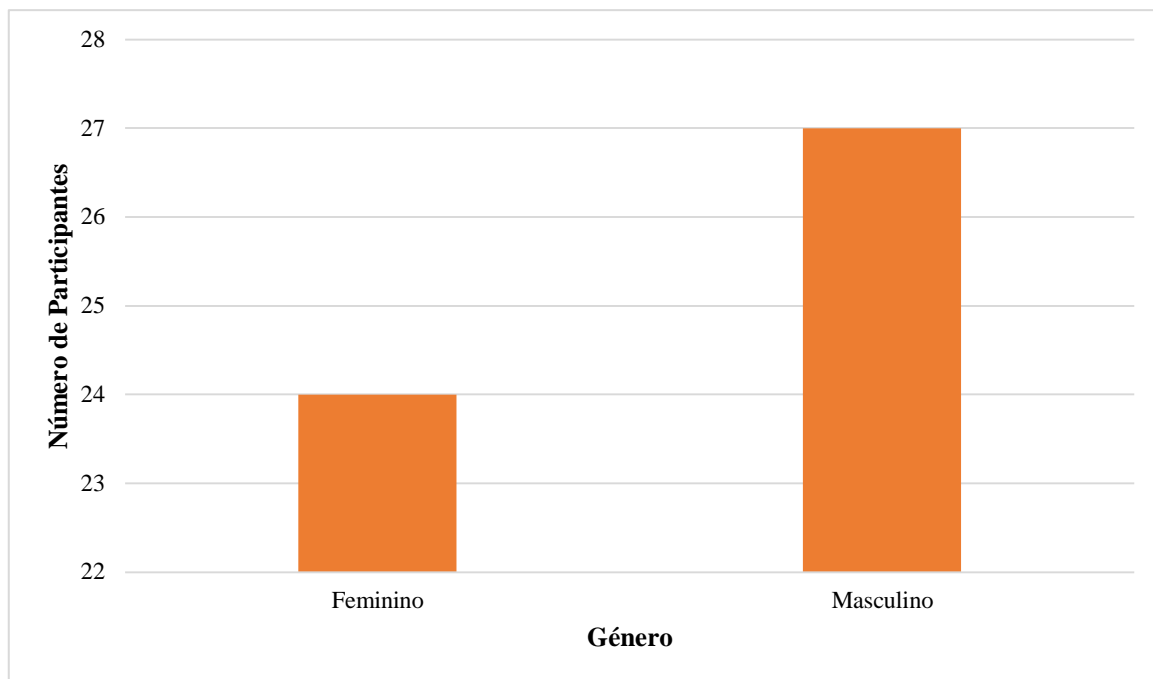


Figura 1 - Número de Participantes por Gênero

Sendo uma amostra internacional, 58,82% (n=30) indicam nacionalidade americana; 3,92% (n=2) nacionalidade chilena; 3,92% (n=2) nacionalidade portuguesa; 3,92% (n=2) nacionalidade sueca; 1,96% (n=1) nacionalidade argentina; 1,96% (n=1) nacionalidade austríaca; 1,96% (n=1) nacionalidade belga; 1,96% (n=1) nacionalidade brasileira; 1,96% (n=1) nacionalidade britânica; 1,96% (n=1) nacionalidade canadiana; 1,96% (n=1) nacionalidade chileno-canadiana; 1,96% (n=1) nacionalidade francesa; 1,96% (n=1) nacionalidade hispânica; 1,96% (n=1) nacionalidade indígena-americana; 1,96% (n=1) nacionalidade irlandesa; 1,96% (n=1) nacionalidade italiana; 1,96% (n=1) nacionalidade japonesa; 1,96% (n=1) nacionalidade mexicana; e 1,96% (n=1) não especifica a sua nacionalidade (Figura 2).

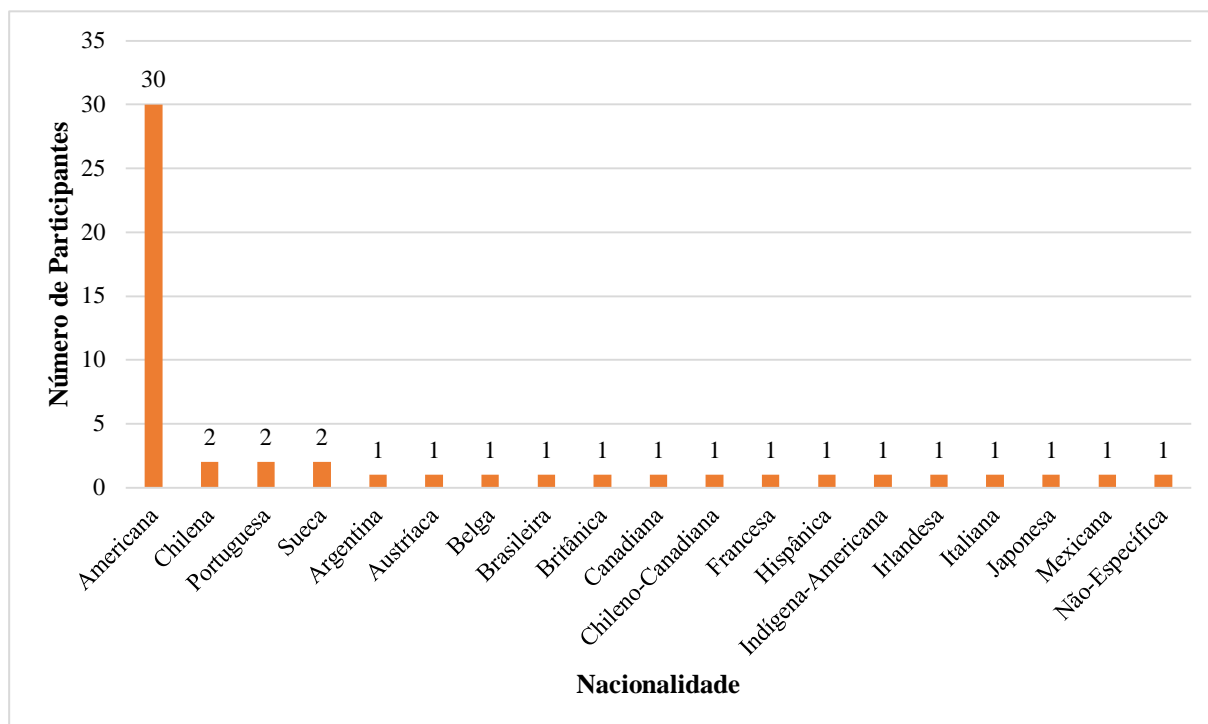


Figura 2 - Nacionalidade dos Participantes

Relativamente à experiência clínica e/ou de supervisão partilhada pelos participantes, a amostra é constituída maioritariamente por terapeutas com mais de 25 anos de experiência (56,86%; n=29), sendo que 11,76% (n=6) se enquadram entre os 15 e os 25 anos de experiência; 11,76% (n=6) entre os 7 e 15 anos; 9,80% (n=5) entre 3 anos e meio a 7 anos; 7,84% (n=4) entre 1 ano e meio a 3 anos e meio; e, por fim, apenas 1,96% (n=1) referem prática clínica ou de supervisão inferior a 18 meses (Figura 3).

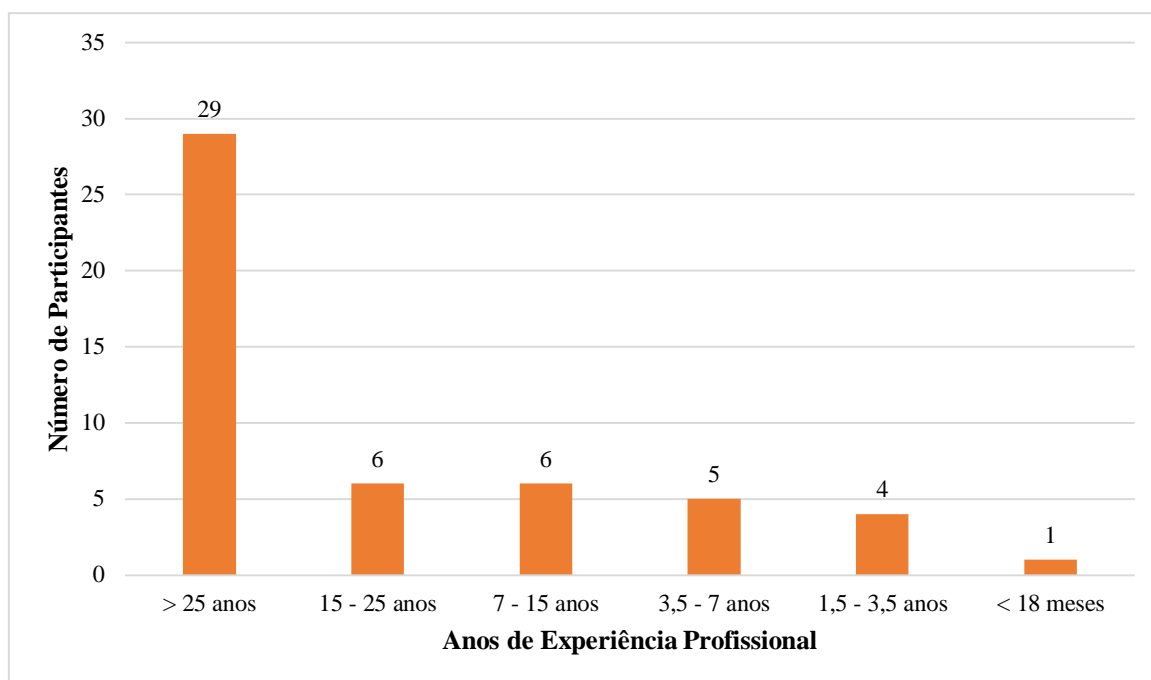


Figura 3 - Anos de Experiência Profissional dos Participantes

Quanto ao nível de educação obtido, 82,35% (n=42) dos participantes relatam ter concluído o PhD/PsD/EdD; 9,80% (n=5) concluiu o M.S./M.A., 5,88% (n=3) concluiu o M.D. e 1,96% (n=1) concluiu o B.S./B.A. (Figura 4).

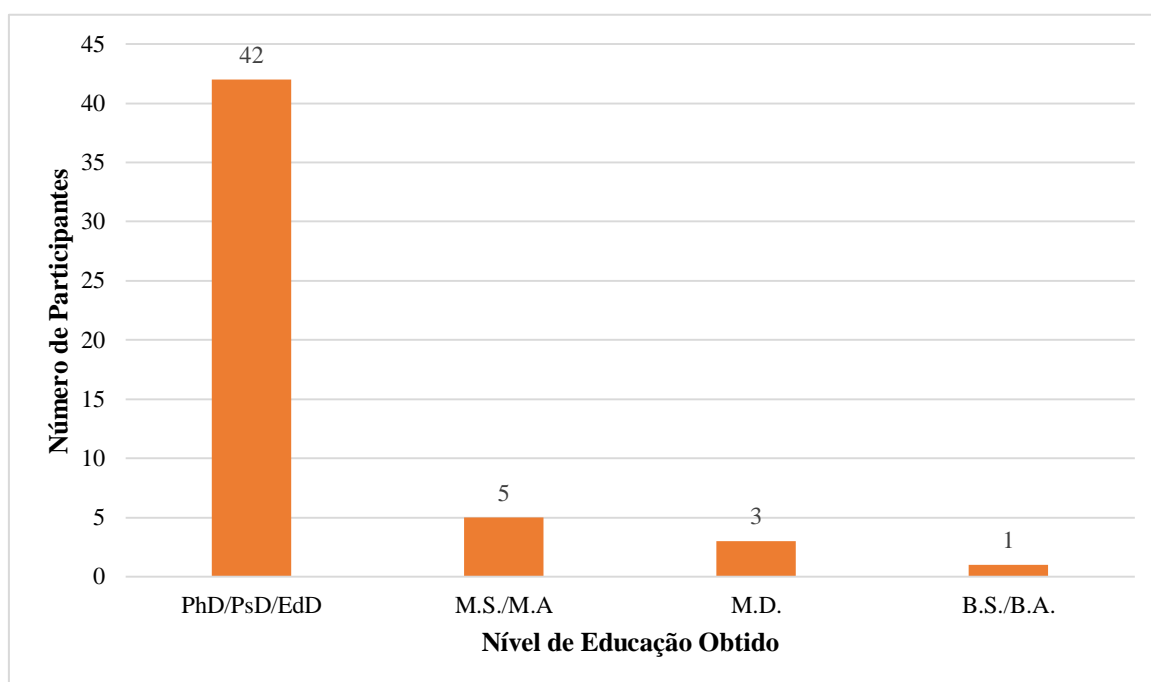


Figura 4 - Nível de Educação dos Participantes

Figura 5 - Caracterização da Amostra do Estudo

		Frequências Descritivas	
Sexo	Feminino	47,06%	(n=24)
	Masculino	52,94%	(n=27)
Idade (em anos)		M=56,16 DP=13,68 Min=27 Max=79	
Nacionalidade	Americana	57,69%	(n=30)
	Chilena	3,92%	(n=2)
	Portuguesa	3,92%	(n=2)
	Sueca	3,92%	(n=2)
	Argentina	1,96%	(n=1)
	Austríaca	1,96%	(n=1)
	Belga	1,96%	(n=1)
	Brasileira	1,96%	(n=1)
	Britânica	1,96%	(n=1)
	Canadiana	1,96%	(n=1)
	Chileno- Canadiana	1,96%	(n=1)
	Francesa	1,96%	(n=1)
	Hispanica	1,96%	(n=1)
	Indígena- Americana	1,96%	(n=1)
	Irlandesa	1,96%	(n=1)
	Italiana	1,96%	(n=1)
	Japonesa	1,96%	(n=1)
	Mexicana	1,96%	(n=1)
	Não-Específica	1,96%	(n=1)
Nível Acadêmico	B.S./B.A.	1,96%	(n=1)

	M.D.	5,88%	(n=3)
	M.S./M.A.	9,80%	(n=5)
	PhD/PsD/EdD	82,35%	(n=42)
Experiência Profissional	> 18 meses	1,96%	(n=1)
	1,5 – 3,5 anos	7,84%	(n=4)
	3,5 – 7 anos	9,80%	(n=5)
	7 – 15 anos	11,76%	(n=6)
	15 – 25 anos	11,76%	(n=6)
	< 25 anos	56,86%	(n=29)

O tempo de participação era cerca de 30 minutos, podendo variar de acordo com o estilo de comunicação e a quantidade de informação que os terapeutas e supervisores desejavam partilhar.

Também se procedeu à contagem de palavras partilhadas. A média de palavras foi de 304,92 ($DP=184,74$), sendo que o máximo número de palavras foi de 735 e o mínimo de 58.

Para além disso, foi também possível identificar as perturbações e problemas apresentados pelos pacientes e clientes dos participantes, através da codificação das suas respostas à subquestão “*After naming the different disorders/issues (...)*” (Figura 6). Deste modo, agrupam-se onze categorias de perturbações.

Figura 6 - Perturbações e Dificuldades Relatadas pelos Participantes

Dysphoric Disorders (39)	Depression (30)
	Substance Use Disorders (10)
	Bipolar Disorders (5)
Anxiety Disorders (27)	Anxiety (non-specific) (10)
	Obsessive-Compulsive Disorder (10)
	Generalized Anxiety Disorder (7)
	Social Anxiety Disorder (6)
	Panic Disorder (3)
	Phobias (1)
	Hypochondria (1)
	Worry About Health (1)

Trauma and Stress-Related Disorders (35)	Post-Traumatic Stress Disorder (13)	
	Adjustment Disorder (11)	Grief (4)
		Acculturation Issues (1)
		Losses (1)
		Maladaptive Attachment Struggling (1)
		Separation From One’s Children (1)
	Understand Adolescents (1)	
	Trauma (9)	Sexual Abuse (1)
		Brain Injury (1)
	Dissociative Disorders (2)	Depersonalization/Derealization Disorder (1)
	Dissociative Identity Disorder (1)	
Personality Disorders (16)	Borderline Personality Disorder (8)	
	Narcissistic Personality Disorder (2)	
	Avoidant Personality Disorder (2)	
	Dependent Personality Disorder (2)	
	Antisocial Personality Disorder (1)	
	Dissociative Identity Disorder (1)	
	Mixed Personality Disorder (1)	
	Passive-Aggressive Personality Disorder (1)	
	Schizoid Personality Disorder (1)	
Other Issues (7)	Somatic Issues (3)	Chemical Hypersensitivity (1)
	Cronic Condition (2)	
	Expression or Creativity Problems (1)	
	Emotional Avoidance (1)	
	Marital Problems (1)	
	Marital Separation (1)	
	Treatment Avoidance (1)	
Neurodevelopmental Disorders (5)	Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (4)	
	Autism Spectrum Disorders (1)	Asperger Syndrome (1)
Psychotic Disorders (5)	Schizophrenia (4)	
	Psychotic Episode (1)	
Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder (4)	Disturbance of Conduct (2)	
	Antisocial Personality Disorder (1)	
	Opposiant Defiant Disorder (1)	
Suicide Issues (4)	Suicidal Ideation (3)	
	Suicidal Threats (1)	
	Suicide Attempts (1)	
Eating Disorders (3)	Anorexia Nervosa (1)	
	Binge Eating Disorder (1)	
	Other Specific Eating Disorder (1)	
Sleeping Problems (2)		

O material recolhido foi trabalhado cuidadosamente, sempre com o objetivo de garantir o anonimato e confidencialidade dos terapeutas e supervisores. O processo de recolha e análise dos dados seguiu estritamente o código de ética da Associação Americana de Psicologia (APA).

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento criado pelos investigadores do presente estudo (Anexo D) é primeiramente composto por um questionário sociodemográfico com o objetivo de caracterizar a amostra do estudo, sendo recolhidos os seguintes dados: sexo, idade, nacionalidade, nível de educação obtido, raça/etnia, influências teóricas na prática clínica, anos de experiência de prática profissional (tanto clínica como de supervisão) e número de clientes/pacientes ou supervisionados vistos semanalmente.

De seguida, os terapeutas foram convidados a evocarem para a consciência um ou mais pacientes com quem tenham estado na última semana.

Foram criadas duas questões qualitativas com o intuito de explorar os objetivos do estudo acima descritos. É dada a possibilidade aos participantes de optarem por responder a ambas as questões ou apenas a uma, dependendo da sua vontade e disponibilidade para partilhar mais ou menos. Optou-se por questões de resposta aberta, uma vez que estas permitem aos participantes explorar e descrever a sua experiência subjetiva, constituindo um recurso valioso (Hill, Chui, & Baumann, 2013).

Cada questão é constituída por quatro subquestões, com o objetivo de guiar o participante em relação à informação que se pretende obter. Em ambas as questões, os participantes são questionados sobre (a) se estão a responder com base na sua Experiência Clínica ou com base na sua Prática de Supervisão; e (b) se estão a escolher um processo comum

que está a contribuir e/ou a manter as dificuldades do(s) paciente(s)/cliente(s) (i.e., “dificultadores”) ou um fator que reflete as suas mudanças e evoluções (i.e., “libertadores”). Também era solicitado aos participantes que (c) descrevessem o processo comum, salientando as semelhanças e diferenças ao nível da sua manifestação; e (d) explicassem a forma como trabalham com o processo comum desse(s) paciente(s)/cliente(s), e as vantagens e desvantagens de o fazer.

A primeira questão pretende explorar processos comuns (dificultadores ou libertadores) entre duas ou mais perturbações ou questões comórbidas num determinado paciente (*“1. Pick one client/patient from your last week who has at least 2 different comorbid disorders/issues, but whose problems, or their transformation, reflect a common underlying process.”*).

A segunda questão pretende explorar processos comuns (dificultadores ou libertadores) entre dois ou mais pacientes com perturbações ou problemas diferentes (*“2. Pick two or more clients/patients from your last week who have at least 2 different disorders/issues, but whose problems, or their transformation, reflect a common underlying process.”*).

Os terapeutas são ainda convidados a partilharem, se assim desejarem, a sua experiência de participação no presente estudo. Esta questão final apelava às motivações para a participação e experiências subjetivas da mesma, e teve como objetivo receber feedback qualitativo dos participantes do estudo, uma vez que eles são o elemento fundamental da investigação.

Para além disso, no final do questionário eram disponibilizadas duas listas de fatores transdiagnósticos – versão longa (com descrições) (Anexo G – apenas em formato digital) e versão curta (sem descrições) (Anexo H – apenas em formato digital) – como agradecimento pela participação no *TIP*.

Este questionário foi apresentado aos participantes através de uma plataforma *on-line* de recolha de dados, a *Qualtrics*®, que garante a confidencialidade, o anonimato e a proteção das informações fornecidas pelos participantes. Optou-se por um método de recolha de dados

on-line, devido às diversas vantagens que apresenta como, por exemplo, permitir o anonimato dos participantes na recolha dos dados, e permitir a redução de tempo e custos. Ainda assim, é importante considerar que também existem desvantagens, como a incontroabilidade de várias componentes (e.g., contextuais, motivacionais). Para além disso, um questionário *on-line* não permite o esclarecimento imediato de dúvidas relacionadas com o preenchimento do mesmo. Ainda assim, uma solução alternativa consiste na disponibilização do contacto eletrónico, ou outros, para este tipo de situações, tal como se sucedeu.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Para alcançar os objetivos deste estudo, os dados recolhidos – através do procedimento anteriormente descrito – foram analisados de forma qualitativa, mediante o método de Análise Temática, que permite identificar, analisar e relatar padrões ou temas, a partir de um conjunto de dados (Braun & Clarke, 2006). A Análise Temática pode ser considerada uma ferramenta qualitativa, um processo que se insere dentro de outros maiores (e.g., *Grounded Theory*) ou como um método por si só, tal como é defendido por Braun e Clarke (2006). Segundo os mesmos autores, este método analítico qualitativo tem como vantagem a sua flexibilidade, pelo que é independente de posições teóricas ou epistemológicas.

A análise foi realizada a um nível semântico, isto é, os temas e categorias identificados foram extraídos diretamente a partir do conteúdo do que é revelado pelos participantes. É especialmente pertinente a escolha deste tipo de metodologia, uma vez que se pretende chegar às respostas genuínas dos participantes. Desta forma, é possível obter informação clara sobre as experiências dos participantes, uma vez que não se pretende chegar a modelos que possam retratar teoricamente os dados e não se ambiciona a construção de possíveis teorias.

Esta abordagem de análise de dados qualitativos consiste em encontrar – no discurso dos participantes – temas potencialmente relevantes e em codificá-los. O procedimento decorre em seis fases (Braun & Clarke, 2006): (1) Familiarização com os dados; (2) Criar as primeiras unidades de significado através de dados interessantes encontrados, relacionados com o que se pretende estudar; (3) Reunir as unidades de significado previamente criadas em temas ou categorias superiores; (4) Rever as categorias criadas e as referências codificadas; (5) Definir e nomear os temas que poderão constituir um mapa temático dos dados; e (6) Relatar a história que os dados contaram.

É importante referir que a criação das unidades de significado foi baseada essencialmente nas informações recolhidas, ainda que algumas das categorias superiores sejam comuns a investigações anteriores e a conceitos teóricos pré-existentes.

Ainda em relação à extração de temas e desenvolvimento de categorias, todas elas foram formadas, considerando a prevalência dos temas para a investigação, mesmo que tenham sido referidas apenas uma vez. As respostas dos participantes e temas desenvolvidos devem ser considerados em função da sua relevância para a investigação e para as respostas às questões do estudo, e não apenas em função da quantidade de vezes que surgem (Braun & Clarke, 2006).

Após estes temas terem sido elaborados e revistos, pelo menos, três vezes – como aconselham Braun e Clarke (2006) – foram transformados em categorias, que captam os detalhes descritivos dos participantes em relação aos Processos Transdiagnósticos.

Para a análise dos dados foi utilizado o *software* de análise qualitativa QSR NVivo11®. Este programa permite a análise de dados qualitativos, através da gestão de dados e ideias, da colocação de questões aos dados, da criação de modelos gráficos e da criação de um relatório dos dados (Bazeley, 2007).

V. RESULTADOS

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente estudo, de natureza qualitativa e exploratória, pretendeu extrair, a partir das respostas dos participantes, temas ou padrões subjacentes às questões e objetivos de investigação anteriormente mencionados.

Com este intuito, procurou-se identificar estes Processos Transdiagnósticos através da compreensão de (a) se o processo comum visto e descrito (“*seing*” – “*s*”) está a causar sofrimento (i.e., *dificultador*) (“*hindering*” – “*h*”), ou se está a resultar em mudança ou é um resultado da mudança (i.e., *libertador*) (“*liberating*” – “*l*”); e (b) como está a ser promovido o trabalho com esse processo (“*working*” – “*w*”), e quais as vantagens (“*advantages*” – “*a*”), desvantagens (“*disadvantages*” – “*d*”) e dificuldades (“*struggles*” – “*st*”) associadas. Deste modo, recorreu-se a dois caminhos para alcançar um mesmo objetivo: identificação e compreensão de processos transdiagnósticos.

De seguida, serão apresentados os resultados qualitativos obtidos, referindo à frente do nome de cada categoria o número de fontes que referenciaram essa mesma categoria. Para além disso, serão apresentados alguns excertos das respostas dos participantes, como exemplos mais significativos. No fim da apresentação de cada categoria principal, será ainda exposto uma figura ilustrativa, de modo a facilitar a compreensão dos dados recolhidos.

Os “Common Processes” – Seeing & Working

A identificação de processos comuns nasce da codificação das respostas dos terapeutas e supervisores às questões sobre os processos comuns identificados, quer relativamente aos processos propriamente ditos (“(...) *describe what the underlying common process is (i.e. how does the common process operate similarly or differently in those conditions)?*” / “*The common*

process is hindering or liberating the client/patient (i.e. how is it causing suffering or resulting from/in change)?”), quer em relação ao trabalho feito com esses processos (“Describe if and how you fostered working with this(these) client(s)/patient(s) on that common process, and refer to advantages and disadvantages of doing so currently or in the future (i.e. how to, and why or why not work on it?)”).

Foram então criadas catorze categorias para agrupar os processos identificados da mesma família, que se encontram representadas na Figura 7.

Figura 7 - Categorias Principais de "Common Processes - Seeing & Working"

COMMON PROCESSES – SEEING & WORKING
Emotional Processes/Focus (35)
Behavioral Processes/Focus (31)
Self-Self Processes/Focus (29)
Insight & Awareness Processes/Focus (28)
Self-Other Processes/Focus (28)
Cognitive Processes/Focus (26)
Skills & Learning Processes/Focus (22)
Establishing and Maintaining Therapeutic Alliance Focus (22)
Therapy Process/Structure Focus (20)
Body Processes/Focus (15)
Trauma Processes/Focus (14)
Family, Couple & Parenting Processes/Focus (11)
Motivational Processes/Focus (10)
Change Consolidation Focus (8)

Como foi possível perceber ao longo da revisão de literatura respeitante aos processos transdiagnósticos, esta foca-se essencialmente em fatores emocionais, cognitivos, comportamentais, sociais, intrapessoais, motivacionais e corporais. Por este motivo, apenas serão apresentadas de forma mais pormenorizada as categorias que vão ao encontro daquilo que foi anteriormente referido. Ainda assim, é importante não esquecer a igual riqueza dos contributos que conduziram às restantes categorias principais e, por isso, no Anexo E encontram-se as tabelas correspondentes.

Por uma questão de pertinência, organização e espaço, apenas serão descritas as subcategorias de cada categoria com número de fontes superior a cinco.

A primeira subcategoria diz respeito aos processos e elementos emocionais transdiagnósticos – “*Emotional Processes/Focus*” (35) –, tendo sido identificadas seis subcategorias de nível 2, ilustradas na Figura 8.

A subcategoria *Negative Affect* (20) é descrita pela experiência de emoções negativas, como ansiedade, vergonha, desesperança, fúria, raiva, culpa, angústia, tristeza, e reações depressivas. Como exemplos desta subcategoria, temos:

- (P4) “*Both clients struggle profoundly with shame.*”
- (P37) “*Once she gets less assertive, always feeling guilty and negative about people and herself, boycotts because she doesn't deserve anything good.*”

A subcategoria *Emotional (Dys)Regulation and Expression* (20) é caracterizada por défices na regulação emocional, emoções mal adaptativas e dificuldades em expressar emoções adaptativas, sentimentos de nojo em relação a pensamentos/sensações/emoções indesejadas, ciclos de hiperativação emocional, mau humor e medo. Por outro lado, também é descrita pela regulação e expressão emocional adaptativa. Como exemplos de referências dos participantes nesta subcategoria, salientam-se:

- (P46) “*Extreme difficulty expressing emotions cathartically in appropriate contexts (i.e., laughing, crying at appropriate time) (...)*”
- (P50) “*There is a common process of fearing her own emotionality, whether it's high anxiety or any extremes that might indicate a bipolar mood episode.*”

Por sua vez, subcategoria *Rejection and Intolerance of Emotional Experiences* (8) é determinada pelo evitamento e inibição emocional, negação do *distress*, intolerância ao desconforto e reatividade a eventos traumáticos sucessivos. Como exemplo, temos:

- (P49) “*The underlying process for each appears to be interpersonal and affect avoidance. The restriction of interpersonal contact and avoidance of felt or expressed emotion in each promote the symptoms they experience.*”

A subcategoria *Acceptance and Attendance of Emotional Experiences* (7) é descrita pela nomeação e atenção às emoções, pela aceitação e normalização da ativação emocional, pela partilha do mundo interno, e pelo aumento da tolerância e permissividade da experiência emocional. Como exemplo, evidencia-se:

- (P14) *“I am dealing with emotions by normalizing and grounding. When able I am working with him on his fear, anger and sadness. Trying to help him get rid of his anger, fear, and shame and help him to be able to live with his sadness.”*

Finalmente, a subcategoria *Emotional Knowledge and Stimulation* (7) é descrita, por um lado, pelo fraco conhecimento emocional, baixa estimulação emocional e alexitimia; e, por outro, por competências de aceitação e atenção emocional, de tolerância ao *distress*, de nomeação e habituação a emoções. Como exemplos desta subcategoria, evidenciam-se:

- (P16) *“Poor emotion knowledge, heightened emotional arousal, high value for emotional stability, while they invalidate their emotional experiences, denial of distress despite lapses in socio-emotional functioning.”*
- (P46) *“Bad stimulation of affects.”*

Figura 8 – Categoria "Emotional Processes/Focus"

EMOTIONAL PROCESSES/FOCUS (35)	
Negative Affect (20)	
Anxiety (s/he) (3); (s/hi) (6)	
Shame (s)(he) (3); (s/hi) (4)	
Anger (s)(he) (1); (s/hi) (3)	
Unprocessed Anger (s/hi) (1)	
Depressive Reaction (s/he) (1)	
Guilt (s/he) (1); (s/hi) (3)	
Hopelessness (s/he) (1); (s/hi) (2)	
Rage (s/he) (1)	
Anguish (s/hi) (1)	
Sadness (s/hi) (1)	
Less Negative Affect (w/a) (1)	
Emotional (Dys)Regulation and Expression (20)	
Fear (7)	
Fear of Failure (s/he) (1); (s/hi) (1)	
Fear of Loss of Relationship (s/he) (1)	
Fear of Not Being Able to Return to the Previous Lifestyle (s/he) (1)	
Fear of Not Being Able to Contribute to Family Activities (s/he) (1)	
Fear of Not Surviving Injuries (s/he) (1)	
Fear of One's Emotionality (s/he) (1)	
Fear of Suffering from Cancer (s/hi) (1)	
Fear of Death (s/hi)(1)	
Teaching How to Interrupt Fear (w) (1)	
Teaching How to Not Fear Moods (w) (1)	
Deficits in Emotional Regulation (s/he) (5); (s/hi) (4)	
Difficulty Expressing Adaptive Emotions (s/he) (1)	
Feeling Disgusted by Unwanted Thoughts, Sensations and Feelings (s/he) (1)	
Hyperarousal Cycles (s/hi) (1)	
Low Mood (s/hi) (1)	
Transformation of Maladaptive Emotions (w) (1)	
Emotional Regulation and Expression (w/a) (1)	
Improved Mood (w/a) (1)	
Rejection and Intolerance of Emotional Experiences (8)	
Emotional Avoidance (s/he) (2); (s/hi) (3)	
Denial of Distress (s/he) (1); (s/hi) (1)	
Intolerance to Discomfort (s/he) (1)	
Reactivity to Repeated Traumatic Events (s/he) (1)	
Emotional Inhibition (s/hi) (1)	
Acceptance and Attendance of Emotional Experiences (7)	
Labeling and Attending to Emotions (s/li) (2)	
Acceptance of Emotional Arousal (s/li) (1)	
Sharing the Inner World (s/li) (1)	
Enable Grieving (w) (1)	
Normalizing and Grounding Emotions (w) (1)	
Increased Tolerance to Discomfort (w/a) (1)	
Emotional Knowledge and Stimulation (7)	
Poor Emotional Knowledge (s/he) (1); (s/hi) (3)	
Bad Stimulation of Affects (s/he) (1)	
Teaching to Label Emotions (w) (1)	
Empathic Exploration (w) (1)	
Empty Chair Task (w) (1)	
Focusing (w) (1)	
Two Chair Task (w) (1)	
Habituation to Strong Emotions (w/a) (1)	
Alexithymia (w/st) (1)	
Hope (w) (n=2)	

A segunda categoria diz respeito aos processos e elementos comportamentais – “*Behavioral Processes/Focus*” (31) – identificados como sendo transdiagnósticos, e encontram-se representados na Figura 9.

A subcategoria *Behavioral Tendencies* (11) é constituída por tendências comportamentais, tais como comportamentos de dependência, comportamentos rígidos e pouco flexíveis, comportamentos obsessivos/compulsivos, comportamentos agressivos e respostas mal adaptativas. Como exemplos desta subcategoria, temos:

- (P35) “*The profound anxiety and interpersonal distrust resulting from this had caused a social withdrawal as well as early start of alcohol consumption (approx. 13 years). Thereafter, more drugs and increasing psychiatric symptoms, among them dissociation with memory loss. Distrust towards therapist was a major obstacle.*”
- (P28) “*The common process appears to be intolerance of discomfort of any kind, and a compulsive need to fix/check.*”

A subcategoria *Behavioral Avoidance* (8) é caracterizada por comportamentos de evitamento, entre os quais a inibição de certas temáticas. Como exemplo, temos:

- (P49) “*Effort in treatment has been to interrupt fear and avoidant behavior patterns.*”

A subcategoria *Behaviors Caused By Emotional Arousal* (6) é descrita por comportamentos resultantes da ativação emocional, tais como comportamentos de automutilação e tentativas de suicídio. Exemplos de referências dos participantes nesta subcategoria incluem:

- (P3) “*Personality organization and affective dysregulation, as well as self-harm have impaired therapeutic alliance.*”
- (P39) “*Depressed client, possibly with some kind of personality disorder (the psychiatrist suspects it's borderline). Since she's very young, it's not so crystalized yet, I'd say. Few suicide attempts with pills – very likely to be in order to attract attention, since she's a med student and knows about fatal doses.*”

Figura 9 - Categoria "Behavioral Processes/Focus"

BEHAVIORAL PROCESSES/FOCUS (31)	
Behavioral Tendencies (11)	
Addictive Behaviors (s/he) (4)	
Substance Use (s/hi) (4)	
Rigid Behaviors (s/he) (1)	
Obsessive/Compulsive Behaviors (s/hi) (4)	
Compulsive Need to Fix and Check (s/he) (1)	
Need for Order (s/he) (1)	
Aggressive Behaviors (s/hi) (3)	
Hostility (s/he) (1)	
Playing Violent Videogames (s/hi) (1)	
Maladaptive Responses (s/hi) (1)	
Behavioral Avoidance (8)	
Avoidant Behaviors (s/he) (1); (s/hi) (4)	
Inhibition of Some Topics (s/hi) (2)	
Interrupting Avoidant Behavior Patterns (w) (1)	
Behaviors Caused by Emotional Arousal (s/hi) (6)	
Self-Harming Behaviors (s/hi) (4)	
Suicide Attempts (s/hi) (2)	
Elimination of Behaviors Caused by Emotional Arousal (w) (1)	
Less Behaviors Caused by Emotional Arousal (w/a) (1)	
Behavioral Activation (w) (4)	
Work on Getting Back to School (w) (1)	
Work on Getting Back to Work (w) (1)	
Reinforcement (w) (3); (w/a) (1)	
Achieving Goals (w) (2)	
Asking for Incremental Shifts (w) (n1)	
Behavioral Changes (w) (1); (w/a) (1)	
Behavioral Experiments (w) (1)	
Examining Harmful Behaviors (w) (1)	
Forming New Behavioral Alternatives (w) (1)	
Teaching Behavioral Coping Skills (w) (1)	
Engagement in Experimental Work (w/st) (1)	

No que respeita à terceira categoria – “*Self-Self Processes/Focus*” (29) –, representada na Figura 10, esta relaciona-se com a forma como o próprio se vê e se trata, e nasce do agrupamento de doze subcategorias de nível 2.

A subcategoria *Self-Perception* (14) consiste na ideia e percepção que o próprio tem de si e é, por isso, constituída, por um lado, pelo perfeccionismo, autocrítica, baixa autoestima e baixa autoconfiança, e, por outro, pela autoconsciência, sensação de controlo e segurança, autoconfiança saudável, autoaceitação e autocompaixão. Como exemplo, temos:

- (P25) “*I see in both women the same problem: a history of development that hampered the normal growth of self-confidence.*”

A subcategoria *Self-Functioning* (13) é definida, por um lado, pela falta de funcionamento reflexivo, desmoralização, dificuldades de autorregulação e dificuldades de funcionamento, e, por outro, pelo funcionamento eficaz e autêntico, autorregulação e identidade saudável, sentido de responsabilidade e otimismo. Como exemplo desta categoria evidencia-se:

- (P20) “*Advantages are healthy identity and authentic functioning.*”

A subcategoria *Sense of Self* (6) consiste na sensação de identidade pessoal e é definida por encontrar e manifestar essa sensação, pela forma como o próprio se vê, e pela interdependência e agência. Como exemplos desta categoria, temos:

- (P20) “*Common process is finding sense of self and manifesting that within relationships.*”
- (P19) “*Thirdly, I’m modeling interdependency, agency/advocacy, self-care, secure attachment (...)*”

Figura 10 - Categoria "Self-Self Processes/Focus"

SELF-SELF PROCESSES/FOCUS (29)	
Self-Perception (n=14)	
Self-Criticism (s/he) (4); (s/hi) (3)	
Low Self-Esteem (s/he) (3)	
Perfectionism (s/he) (2); (s/hi) (3)	
Self-Contempt (s/he) (1)	
Lack of Self-Confidence (s/hi) (1)	
Self-Awareness (s/li) (3)	
Sense of Control (s/li) (2)	
Sense of Safety (s/li) (1)	
Healthy Self-Confidence (s/li) (1)	
Self-Acceptance (s/li) (1)	
Development of Self-Confidence (w) (1)	
Experiential Practice of Self-Acceptance (w) (1)	
Greater Self-Compassion (w/a) (1)	
Self-Functioning (n=13)	
Lack of Reflecting Functioning (s/he) (1)	
Self-Regulation Difficulties (s/he) (1)	
Demoralization (s/hi) (1)	
Trouble Functioning (s/hi) (1)	
Need to Overcome Impaired Ability to Function Effectively (s/le) (1)	
Good Sense of Adult Responsibility (s/li) (1)	
Optimism (s/li) (1)	
Safe Self-Soothing (s/li) (1)	
Self-Regulation (w/a) (3)	
Healthy Identity and Authentic Functioning (w/a) (2)	
Improved Functioning (w/a) (1)	
Functionality at Work (2)	
Difficulties to Function Effectively at Work (s/he) (1)	
Functionality in Work Life (s/li) (1)	
Sense of Self (6)	
Sense of Self as Being Intolerably Painful (s/he) (1)	
Sense of Self as Being Unable to Take Care of Oneself (s/he) (1)	
Finding Sense of Self (s/le) (1)	
Manifesting Sense of Self Within Relationships (s/le) (1)	
Understanding of Self (s/li) (2)	
Modelling Interdependency/Agency (w) (3)	
Isolation (s/he) (1)	
Killing Desire (s/he) (1)	
Dissatisfaction with Day to Day Life (s/he) (1)	
Inability to Feel Good About Accomplishments (s/hi) (1)	
Self-Rating (s/le) (1)	
Psychological Safety (s/li) (1)	
Creating Psychological Space for Self-Blame (w) (1)	
Fostering a Desired Personality Development (w) (1)	
Self-Expression (1)	
Need to Be Creative/Expressive (s/le) (1)	

A categoria “*Self-Other Processes*” (28) diz respeito aos processos envolvidos na relação com os outros e é definida por dezasseis subcategorias de nível 2, que se encontram na Figura 11.

A subcategoria *Interpersonal Difficulties* (15) é definida por dificuldades interpessoais, tais como evitamento interpessoal, dificuldades em sentir-se seguro e aceite em relacionamentos próximos, dificuldades em estabelecer e manter relações sociais, conflitos interpessoais, desconfiança interpessoal e competências interpessoais ineficazes. Exemplos desta subcategoria incluem:

- (P7) “*Strategy: through creating a safe and accepting therapeutic environment, unacceptability, interpersonal failure, and stigma-based evaluations of psychiatric symptoms are challenged in the therapeutic relationship and process (learning experience).*”
- (P49) “*The underlying process for each appears to be interpersonal and affect avoidance. The restriction of interpersonal contact and avoidance of felt or expressed emotion in each promote the symptoms they experience.*”

A subcategoria *Communication Style & Skills* (7) reflete os estilos e competências comunicacionais, e é definida, por um lado, pela baixa assertividade, elevada exigência, dificuldades em ter conversas sociais e, por outro, pela empatia e comportamentos sociais positivos. Como exemplo de referências nesta subcategoria, salienta-se:

- (P48) “*I am working with both of them on trying to recognize when they are engaging in mind-reading, to produce positive social behaviors, to learn better communication skills, and to de-catastrophize the possibility that others might find them worthy of criticism in some way.*”

Figura 11 - Categoria “Self-Other Processes/Focus”

SELF-OTHER PROCESSES/FOCUS (29)	
Interpersonal Difficulties (15)	
Interpersonal Avoidance (s/he) (2)	
Difficulties in Feeling Safe and Accepted in Close Relationships (s/he) (1)	
Aloof Interpersonal Relationships (s/he) (1)	
Relationships Problems (s/he) (1)	
Difficulties in Establishing Meaningful Social Relationships (s/hi) (2)	
Inability to Establish Adult Loving Relationships (s/he) (1)	
Difficulties in Maintaining Meaningful Social Relationships (s/hi) (1)	
Difficulties in Relationships (s/hi) (1)	
Difficulties Connecting With People (s/hi) (1)	
Non-Fulfilling Relationships (s/hi) (1)	
Interpersonal Failure (s/hi) (1)	
Interpersonal Distrust (s/hi) (1)	
Impaired Interpersonal Functionality (s/hi) (1)	
Ineffective Interpersonal Skills (s/hi) (1)	
Communication Style & Skills (7)	
Demanding (s/he) (1)	
Low Assertiveness (s/hi) (1)	
Difficulties in Making Social Conversation (s/hi) (1)	
Empathy (s/le) (1); (s/li) (2)	
Teaching Communication Skills (w) (1)	
Teaching and Practicing Communication and Empathy (w) (1)	
Producing Positive Social Behaviors (w/a) (1)	
Personal Boundaries (5)	
Taking on the Burden of Other’s Responsibilities (s/he) (1)	
Interpersonal Boundaries (s/hi) (1)	
Intolerance to Relational Distance (s/hi) (1)	
Relational Distance (s/hi) (1)	
Establishing Personal Boundaries (s/li) (1); (w) (2)	
Tolerating Relational Distance (w) (1)	
Interpersonal Competences (3)	
Obtaining Satisfaction in Community Environments (s/le) (1)	
Interpersonal Effectiveness (w) (1)	
Interpersonal Trust (w) (1)	
Fresh Way to Approach People and Events (w/a) (1)	
Attachment Disruption (s/he) (1)	
Ambivalent Relationships (s/hi) (1)	
Social Isolation (s/hi) (1)	
Interpersonal Connections (s/li) (3)	
Reinforcing Environments and People (s/li) (1)	
Examining and Exploring Interpersonal Relationships (w) (4)	
Support (w) (3)	
Modelling Interdependency/Agency (w) (1)	
Rearrangement of Relational Models (w) (1); (w/a) (1)	
Better Relationships (w/a) (3)	
Being More Social (w/a) (1)	

A quinta categoria diz respeito aos processos e elementos cognitivos – “*Cognitive Processes*” (26) – que os participantes identificaram como sendo transdiagnósticos, e encontram-se ilustrados na Figura 12.

A subcategoria *Thought Processes/Focus* (15) é definida por processos associados ao pensamento, como a ruminação e a preocupação, o pensamento catastrófico, pensamento mal adaptativos, pensamento delirante e pensamento ilógico. Por outro lado, estes processos pouco adaptativos podem ser substituídos por outros mais adaptativos, através do controlo de pensamentos intrusivos, do questionamento de pensamentos, da compreensão de pensamentos, na identificação da estrutura dos pensamentos e na criação de espaço psicológico para estes processos. Como exemplos desta subcategoria, evidenciam-se:

- (P15) “*In regards to both issues our work is to practice letting it go so that she might consider alternative responses.*”
- (P48) “*I am working with both of them on trying to recognize when they are engaging in mind-reading.*”

A subcategoria *Schema* (8) é definida por estruturas mentais de ideias pré-concebidas, tais como autoesquema negativo, esquema de abandono, desamparo, dependência, desconfiança, autonomia limitada, impotência ou de não ser amado, entre outros. Como exemplo, temos:

- (P36) “*When a potential abandonment trigger is activated, the hyperarousal, avoidant, and anxious processes are magnified and the skills that the patient requires to modulate them are inaccessible to him. This 'learned helplessness' then impairs his ability to function until he can manage the trigger.*”

A subcategoria *Attentional Processes/Focus* (8) reflete processos atencionais, tais como hipervigilância, dificuldades atencionais, atenção a experiências sensoriais agradáveis, atenção a diálogos internos, atenção no aqui-e-agora, e foco da atenção no problema. Como exemplo, evidencia-se:

- (P1) “*The process-in-common is a here-and-now attention.*”

Finalmente, no que respeita à subcategoria *Beliefs* (6), esta é constituída por crenças, como crenças de competência aumentada, crenças de vulnerabilidade aumentada, crenças de responsabilidade aumentada, delírios de grandeza, delírios de perseguição e tendência para assumir que os outros vão julgar. Um exemplo que ilustra esta subcategoria é:

- (P25) “*Common underlying process: Delusions of grandeur and persecution.*”

Figura 12 - Categoria "Cognitive Processes/Focus"

COGNITIVE PROCESSES/FOCUS (26)	
Thought Processes/Focus (15)	
Rumination/Worry (s/he) (2); (s/hi) (5)	
Catastrophic Thinking (s/hi) (n=1)	
Difficulties in Letting Go (s/hi) (1)	
Illogical Thinking Dispute (s/le) (1)	
Intrusive Thoughts Control (s/li) (1)	
Thought Challenging (s/li) (1)	
Identifying and Replacing Maladaptive Thinking (w) (5)	
Creating Psychological Space for Worry (w) (1)	
Delusional Thinking Evaluation (w) (1)	
Identifying the Structure of Thought Processes (w) (1)	
Practicing Letting Go (w) (1)	
Teaching How to Understand Thoughts (w) (1)	
Questioning Thoughts (w) (1)	
Recognizing Engagement in Mind-Reading (w) (1)	
Schema (8)	
Abandonment Schema (s/he) (1)	
Helplessness (s/hi) (2)	
Negative Self-Schema (s/hi) (2)	
Dependence (s/hi) (1)	
Distrust (s/hi) (1)	
Limited Autonomy (s/hi) (1)	
Powerlessness (s/hi) (1)	
Unlovability (s/hi) (1)	
Attentional Processes/Focus (8)	
Hypervigilance (s/hi) (2)	
Attentional Difficulties (s/hi) (1)	
Attending to Pleasurable Sense Experiences (s/li) (1)	
Attentional to Internal Dialogues (w) (2)	
Here-and-Now Attention (w) (2); (w/d) (1)	
Engagement in Immediate Attention Towards the Problem (w/a) (1)	
Beliefs (6)	
Increased Competence Beliefs (s/he) (1)	
Delusions of Grandeur (s/he) (1)	
Delusions of Persecution (s/he) (1)	
Propensity for Assuming that Others are Judgemental (s/he) (1)	
Increased Vulnerability Beliefs (s/hi) (3)	
Increased Responsibility Beliefs (s/hi) (1)	
Reasoning Processes/Focus (3)	
Expectations (2)	
Expectations of Negative Outcomes (s/hi) (1)	
Unrealistic Expectations of Emotional Stability (s/hi) (1)	
Interpretations (1)	
Catastrophic Interpretations (s/hi) (1)	
Identifying Alternative Interpretations (w) (1)	
Cognitive Rigidity (s/he) (1)	
Negative Cognitions (s/he) (1)	
Overestimation of Threatening Situations (s/he) (1)	
Cognitive Distortions (s/hi) (2)	
New Cognitive Structures (s/li) (1)	
De-Catastrophize the Possibility that Others Might Criticize (w) (1)	
Memory Processes/Focus (1)	
Memory Losses (s/hi) (1)	

No que diz respeito à categoria “**Body Processes/Focus**” (15) – representada na Figura 13 –, esta está associada a processos corporais, somáticos e biológicos, e nasce do agrupamento de quinze subcategorias de nível 2. Exemplos desta categoria incluem:

- (P12) “*The common process is a profound disconnection from the body experiences.*”
- (P29) “*Common process: HYPA axis dysregulation. Causes: exhaustion.*”

Figura 13 - Categoria "Body Processes/Focus"

BODY PROCESS/FOCUS (15)	
Somatic Complaints (s/he) (2); (s/hi) (4) Biological Issues (s/he) (1); (s/hi) (1) Body Agitation (s/he) (1) Disconnection from the Body Experiences (s/he) (1) Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis Dysregulation (s/he) (1) Somatic Expression (s/he) (1) Ambivalence about Attending to Body Sensations (s/hi) (1) Exhaustion (s/hi) (1) Sleeping Problems (s/hi) (1)	
Symptom Control and Reduction (w) (3)	
	Stabilization of Medical Treatment (w) (1) Normalization of Physiological Processes (w) (1) Stabilization of Crisis (w) (1)
Focus on the Body Training (w) (2) Progressive Relaxation Techniques (w) (2) Teaching how to Calm the Body (w) (1)	

A categoria “**Motivational Processes/Focus**” (10) está relacionada com processos motivacionais e estratégias defensivas, e nasce do agrupamento de nove subcategorias de nível 2, representadas na Figura 14. Como exemplos desta subcategoria, salientam-se:

- (P40) “*Common process involves intrapersonal and interpersonal relational patterns formed developmentally. Patterns reflect abusive introjects (...)*”
- (P45) “*The common process is experiential avoidance, and is hindering the clients, causing suffering because it keeps them focused in the problems, preventing decentration and liberation.*”

Figura 14 - Categoria “Motivational Processes/Focus”

MOTIVATIONAL PROCESS/FOCUS (10)
Abusive Introjects (s/he) (1) Ineffective Defenses (s/he) (1) Lower Order Defenses (s/he) (1) Resistance to Experience (s/he) (1) Experiential Avoidance (s/he) (1) Dissociation (s/hi) (3) Devaluation (s/hi) (2) Regression (s/hi) (1) Idealization (s/hi) (1)

No Anexo F será apresentada a Figura 32, que ilustra os fatores que reforçam qualitativamente aqueles que já foram previamente identificados e estudados, e os fatores inovadores que emergiram das respostas dos participantes. Este é, possivelmente, o contributo mais valioso disponibilizado, uma vez que, por um lado, estamos a reforçar a evidência qualitativa para os processos previamente reconhecidos e, por outro, a potenciar o desenvolvimento de estudos futuros que se focam nos novos fatores que emergiram.

VI. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Ao longo da revisão de literatura, esta dissertação mostrou que existe um grande número de teorias transdiagnósticas a competir – desenvolvidas sobretudo a partir do novo milénio –, e que este campo continua num estado crescente e não completamente formado. As vantagens e limitações da teoria e prática transdiagnóstica têm sido examinadas. As vantagens incluem: fortes razões teóricas e empíricas para acreditar que as semelhanças entre as perturbações são maiores do que as diferenças e que as intervenções que visam estas variáveis comuns podem representar os meios mais eficazes (McEvoy, Nathan, & Norton, 2009). As limitações incluem: sugestões de que a intervenção transdiagnóstica pode não ser adequada para todos os indivíduos ou para todas as perturbações psicológicas (Clark, 2009).

Ao mesmo tempo, e atendendo à realidade clínica atual – caracterizada por um número crescente de indivíduos que necessitam de apoio psicológico –, os cuidados de saúde necessitam de se mover cada vez mais no sentido de intervenções em grupo de perturbações heterogéneas, com o objetivo de intervir mais eficazmente com um maior número de indivíduos, num período de tempo mais reduzido. Nestes contextos, é especialmente benéfico utilizar um protocolo de intervenção que permita que um grupo diagnosticamente heterogéneo receba uma única intervenção transdiagnóstica, sendo que a abordagem específica de cada perturbação não é suficientemente flexível para abordar estas questões.

Simultaneamente, o desenvolvimento de modelos transdiagnósticos mais parcimoniosos oferece uma nova forma de compreender e abordar as questões de saúde mental e tenta, simultaneamente, alinhar-se em paralelo com teorias e práticas existentes, em vez de substituir modelos pré-existentes. Assim, a abordagem transdiagnóstica (convergente, integrativa e parcimoniosa) deve ser vista como uma abordagem alternativa, potencialmente complementar, que não tenta antagonicamente substituir as abordagens específicas a cada perturbação (divergentes, ecléticas e criativas) já existentes (Mansell et al., 2009; Clark, 2009).

Para além disso, os terapeutas reconhecem cada vez mais a importância de desenvolver protocolos transdiagnósticos de intervenção e estão a trabalhar em várias frentes para incorporar elementos de intervenção específicos de cada perturbação e baseados na evidência e, consequentemente, promover métodos de intervenção mais harmoniosos e eficazes (Barlow, Allen, & Choate, 2004).

Portanto, nos últimos anos, tem vindo a crescer significativamente o estudo dos fatores e abordagens transdiagnósticos e das suas potencialidades, ao nível teórico e da prática clínica. No entanto, ainda há muitas questões relacionadas com esta perspetiva sem resposta. Por exemplo, verifica-se algum desacordo na literatura relativamente aos processos que devem ou não ser considerados transdiagnósticos, e também em relação ao critério através do qual se define que determinado fator ou modelo merece ou não esse estatuto. Por exemplo, Harvey et al. (2004) defendem que um fator é definitivamente transdiagnóstico quando é comum a, pelo menos, quatro perturbações psicológicas. Consequentemente, uma possível vulnerabilidade desta investigação pode consistir no facto de não ter sido colocado este ou qualquer outro critério nas questões aos participantes.

Para além disso, esta investigação também pode ser especialmente pertinente, uma vez que a grande maioria das investigações relacionadas com este fenómeno não é direccionada à população de psicoterapeutas e – ainda menos – de supervisores, e os seus mapas de conceptualização. Deste modo, pareceu interessante, perceber que processos transdiagnósticos surgiam a partir das perspetivas desta amostra (i.e., psicoterapeutas e supervisores), potenciando simultaneamente a emergência de novos fatores, que possam inspirar estudos futuros.

À medida que avançámos nesta viagem de revisão compreensiva da literatura, e de análise e apresentação dos dados recolhidos, foi também possível observar que existe uma multiplicidade de processos transdiagnósticos listados. Este facto faz-nos pôr a hipótese de que

este conjunto de fatores não tornam a prática clínica mais simples. Arriscamo-nos inclusivamente a apoiar a hipótese de Taylor e Clark (2009), que defendem que a perspetiva transdiagnóstica ainda não faz aquilo a que se propõe – simplificar de forma parcimoniosa. Ainda assim, esta investigação tem como potencialidade o facto de reunir a grande maioria dos processos e modelos explicitamente considerados como transdiagnósticos, o que pode ser bastante facilitador e organizador.

Para além disso, uma das conclusões mais significativas que se pode retirar da revisão de literatura é que alguns processos transdiagnósticos tendem a aparecer frequentemente. Este aspeto reforça a ideia de que, de facto, esses processos são realmente comuns a várias psicopatologias. Alguns destes fatores foram inclusivamente identificados aquando da análise e apresentação dos dados, o que confirma a sua evidência qualitativa (e.g., “*Family psychopathology*”, “*Sleeping problems*”, “*Catastrophic thinking*” e “*Deficits in emotional regulation*”).

Uma das questões mais enriquecedoras desta investigação é que se pôde observar com os contributos dos participantes é que, no que diz respeito aos fatores que refletem o trabalho realizado com os pacientes/clientes, estes são muito esclarecedores, por se focarem especificamente no “quê” e “como” do que estão a tentar promover, isto é, nos princípios gerais. Consequentemente, foi possível obter informações sobre potenciais elementos interventivos transdiagnósticos, tais como “*Make concrete plans on day to day basis*”, “*Transformation of maladaptive emotions*” ou “*Modelling interdependency/agency*”. Deste modo, também os elementos interventivos transdiagnósticos foram considerados para reforçar a lista de Processos Transdiagnósticos.

Os exemplos anteriormente referidos conduzem-nos também para uma outra questão – a multiplicidade de níveis de análise e abstração em que os fatores são conceptualizados. Ou seja, algumas categorias são constituídas por fatores bem distintos (e.g., “*Expensive process*”,

“Tolerating long silences” e *“Helping patients and families navigate the hospital setting”* inseridos em *“Therapy Process/Structure Focus”*). Esta heterogeneidade suscita a necessidade de trazer alguma ordem para a sistematização dos diversos fatores transdiagnósticos.

Um outro aspeto particularmente interessante e inovador consiste no facto de se ter potenciado e observado a partilha de fatores transdiagnósticos libertadores (i.e., responsáveis pela mudança ou resultantes da mudança). Como foi possível verificar, a literatura revista sobre os processos transdiagnósticos foca-se maioritariamente nos fatores “negativos” responsáveis pelo desenvolvimento e/ou manutenção dos problemas, que dificultam o funcionamento adaptativo e saudável do indivíduo. No entanto, é estimulante ver como também existem fatores transdiagnósticos “positivos” e adaptativos. Exemplos destes incluem: *“Acceptance of emotional arousal”*, *“Finding sense of self”*, *“Problem-solving orientation”* e *“Attending to pleasurable sense experiences”*. Como era expectável, o número de fatores libertadores partilhados foi muito inferior ao número de fatores dificultadores. No entanto, pode ser possível conceptualizar o trabalho interventivo realizado como um fator libertador, uma vez que este pode ser responsável pela mudança. Ao mesmo tempo, é esperado que o trabalho realizado resulte em mudança ou, por outras palavras, em mecanismos de funcionamento e regulação mais adaptativos e saudáveis, e na potenciação de capacidades naturais e adaptativas de alívio e transformação – tais como as demonstradas por Fosha (2007), na sua abordagem de intervenção centrada na “cura”. Por sua vez, estes mecanismos representam simultaneamente, as vantagens do trabalho feito e os fatores libertadores.

Foi ainda possível perceber que, tal como Harvey et al. (2004) defenderam, os processos transdiagnósticos podem informar sobre os fatores predisponentes (i.e., causa distal), os fatores precipitantes (i.e., causa distal) e os fatores envolvidos na manutenção de uma perturbação ou problema (i.e., causa proximal ou processos perpetuadores), sejam eles contextuais, biológicos, cognitivos ou psicológicos. Portanto, há todo um conjunto de fatores que podem contribuir para

a expressão de uma perturbação clinicamente significativa. E, curiosamente, verificou-se que alguns dos fatores que os participantes partilharam refletem a predisposição de um indivíduo para o desenvolvimento de determinadas dificuldades (e.g., “*Dysfunctional family system*”, “*Sexual abuse*” e “*Early childhood trauma*”).

Adicionalmente, esta investigação também permitiu discriminar e explorar conteúdos mais específicos dentro de outros mais gerais (e.g., “*Fear of one’s emotionality*” inserido em “*Fear*”, “*Shame*” inserido em “*Negative Affect*” e “*Compulsive need to fix and check*” inserido em “*Obsessive/Compulsive Behaviors*”). Estes fatores mais específicos são pouco considerados e, conseqüentemente, este estudo permitiu também perceber a multiplicidade de processos que podem existir dentro de um outro mais geral.

Por fim, foi também extremamente interessante ver como, de facto, os fatores transdiagnósticos informam e influenciam a tomada de decisão ao nível da intervenção. Assim, os conteúdos relacionados com as estratégias interventivas utilizadas refletem o trabalho focado no fator transdiagnóstico enfatizado (e.g., “*Teaching how to not fear moods*”, “*Development of self-confidence*” e “*Rearrangement of relational models*”).

Em suma, e atendendo à questão inicial da presente investigação “Quais os processos que os psicoterapeutas e supervisores reconhecem como sendo transdiagnósticos e de que forma estes mecanismos identificados informam e influenciam a tomada de decisão e a prática clínica e de supervisão?”, este estudo permite compreender que os processos transdiagnósticos aos quais os psicoterapeutas e supervisores mais atendem e focam na sua prática são os emocionais, comportamentais, intrapessoais, de *insight* e consciência, interpessoais, e cognitivos. Ou seja, ao nível da tomada de decisão, esta pode ser influenciada pelos processos identificados, na medida em que, esses processos irão contribuir para decidir qual o foco da intervenção e o “como” da intervenção (e.g., “*Exposure therapy for checking behaviors*”, “*Identify and replace maladaptive thinking*”, “*Normalizing and grounding emotions*”).

Limitações do Estudo e Sugestões para Estudos Futuros

Discutidas as principais conclusões e potencialidades dos dados observados importa também referir limitações inerentes ao estudo. As respostas dos participantes à última questão opcional sobre a sua experiência e motivação ao participarem neste estudo, permitiu também compreender algumas limitações e potencialidades da presente investigação.

A nível metodológico, alguns terapeutas mostram ter dificuldade em responder às questões uma vez que cada bloco continha mais do que uma pergunta, tornando-as por vezes bastante amplas e ambíguas.

Devido a constrangimentos temporais, uma outra limitação está relacionada com o facto de não ter sido averiguado se existe uma relação entre a orientação teórica e a maior/menor atenção a fatores comuns, ou entre orientações mais integrativas *versus* mais ecléticas e maior/menor consideração por fatores transdiagnósticos. Por isso mesmo, sugere-se que investigações futuras se foquem neste aspeto. Ainda assim, é possível adiantar a hipótese de que uma orientação mais integrativa estará positivamente associada a uma maior consideração por fatores transdiagnósticos, uma vez que Mansell et al. (2009) defende que a abordagem científica da perspetiva transdiagnóstica é integrativa, por oposição à da perspetiva específica ao diagnóstico – que é eclética.

Outra vulnerabilidade do estudo está relacionada com o facto de alguns processos que foram identificados serem implícitos, ou seja, os participantes não os nomeiam declaradamente como sendo transdiagnósticos, mas subentende-se que os referem como sendo comuns aos vários indivíduos, perturbações e dificuldades apresentados. Ainda que este critério de considerar e apresentar os processos implícitos como transdiagnósticos tenha sido alvo de análise por três cotadores diferentes, é importante não esquecer que estes processos não foram expressamente nomeados pelos participantes como transdiagnósticos. Assim, para possibilitar

uma noção quantitativa, a percentagem de fatores implícitos partilhados foi de 60% e de fatores explícitos foi de 40%.

Apesar das limitações acima apontadas, é necessário referir que o presente estudo, bem como o instrumento criado para a presente investigação, foram bastante elogiados por vários terapeutas e supervisores. Para alguns dos participantes, as questões formuladas conduzem a uma organização do fenómeno clínico e a uma facilitação da exposição do modelo de trabalho. Para além disso, permitiu-lhes refletir sobre os pacientes e – principalmente – ganhar algum *insight* sobre a nomeação dos processos que se tentam combater. Finalmente, afirmam ainda que esta investigação tem a potencialidade de informar a psicoterapia integrativa e de contribuir para o desenvolvimento da perspetiva transdiagnóstica, nomeadamente ao nível dos seus conceitos e da sua prática.

Tal como foi anteriormente apresentado e discutido, emergiram vários conteúdos específicos comparativamente menos estudados e considerados pelos estudos e literatura existentes. Consequentemente, tanto esses fatores como aqueles sugeridos no enquadramento teórico merecem um maior foco, para que também se compreenda se podem ser, de facto, considerados como transdiagnósticos. Alternativamente, podem também ser conduzidos estudos que justifiquem o porquê de alguns processos terem o estatuto de transdiagnósticos e de outros não o merecerem, ou sobre os critérios que determinam a atribuição desse estatuto.

Seria também interessante o desenvolvimento de investigações que se focassem exclusivamente na identificação de processos libertadores, uma vez que estes ajudam a perceber os fatores que podem contribuir e estimular a mudança (i.e., os elementos e esquemas interventivos transdiagnósticos), e estudar a sua eficácia.

Este facto levanta uma outra questão: a identificação de elementos transdiagnósticos e o desenvolvimento de esquemas de intervenção que os visam vai melhorar a psicologia? Deste modo, seria também importante desenvolver e testar a eficácia de uma intervenção que

transcendesse os limites indiscutivelmente arbitrários entre as perturbações psicológicas categoricamente organizadas para intervir nos processos transdiagnósticos que são essenciais para várias perturbações.

De acordo com Clark (2009), é improvável que uma intervenção geral e unificada supere os protocolos de intervenção específicos, adaptados às características únicas de cada perturbação. Portanto, seria também interessante que se conduzisse um estudo que colocasse frente-a-frente as intervenções específicas de diagnóstico e as intervenções transdiagnósticas, de modo a ser possível reforçar o valor da teoria e prática transdiagnóstica em relação a modelos específicos. Isto iria permitir avaliar o impacto relativo de diferentes abordagens de intervenção em a) sintomas específicos do diagnóstico, b) fatores comuns e de ordem superior (e.g., afetividade negativa, locus de controlo, regulação emocional), c) fatores não-específicos (e.g., aliança terapêutica, coesão do grupo), d) adesão à intervenção e desgaste, e) recaída, e (f) perturbações comórbidas. Dada a evidência crescente de que as intervenções específicas têm efeitos positivos nos diagnósticos comórbidos (Tsao, Mystkowski, Zucker, & Craske 2002) e de que a intervenção simultânea nas perturbações comórbidas pode interferir com o resultado da intervenção (Craske, Farchione, Allen, Barrios, Stoyanova, & Rose, 2007), é fundamental que os estudos sobre as intervenções transdiagnósticas avaliem o seu impacto nas perturbações primárias e comórbidas.

Também seria útil estudar os processos comuns e distintos que medeiam a mudança em várias perturbações, de modo a perceber quais os processos específicos ao diagnóstico que precisam de ser alvo de intervenção, para além da intervenção transdiagnóstica utilizada. Mais concretamente, é importante avaliar empiricamente as hipóteses de que são essencialmente os conteúdos da intervenção unificada (e.g., cognições específicas da perturbação) que diferem em função dos indivíduos e dos diagnósticos, e não as ligações funcionais entre os componentes da intervenção (e.g., cognição, comportamento, emoção, fisiologia).

Apesar de ser defendido que a abordagem transdiagnóstica tem bons princípios teóricos, filosóficos e históricos, esta encontra-se ainda na fase da “infância” (Mansell et al, 2009, p. 15). Consequentemente, existem ainda muitas outras questões fascinantes que permanecem sem resposta. Quais os processos necessários e suficientes para o desenvolvimento e manutenção das perturbações psicológicas? Existem alguns processos mais centrais do que outros? Se uma intervenção foca eficazmente um processo, há efeitos semelhantes nos outros?

Que esta investigação contribua, por um lado, para o crescimento e evolução da teoria e prática transdiagnósticas e, por outro, que funcione como fonte de inspiração para estudos futuros, que possam contribuir ainda mais para o desenvolvimento desta abordagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aupperle, R. L., Melrose, A. J., Stein, M. B., & Paulus, M. P. (2012). Executive function and PTSD. *Neuropharmacology*, 62, 686–694.
- Baer, R. A. (2007). Mindfulness, assessment, and transdiagnostic processes. *Psychological Inquiry*, 18, 238–242.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behaviour Therapy*, 35, 205–230.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Bazeley, P. (2007). *Qualitative Data Analysis with NVivo*. London: SAGE Publications.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2006). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Beck, A. T., & Gellatly, R. (2016). Catastrophic Thinking: A transdiagnostic process across psychiatric disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 1-12.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford.

- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (2002). *Rethinking the DSM: a psychological perspective*. Washington: American Psychological Association.
- Böhnke, J. R., Lutz, W., & Delgadillo, J. (2014). Negative affectivity as a transdiagnostic factor in patients with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 166, 270-278.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200, 550–553.
- Byllesby, B. M., Charak, R., Durham, T. A., Wang, X., & Elhai, J. (2016). The underlying role of negative affect in the association between PTSD, Major Depressive Disorder, and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. doi:10.1007/s10862-016-9555-9
- Carey, T. A. (2008). Perceptual Control Theory and the Method of Levels: Further contributions to a transdiagnostic perspective. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 237-255.
- Clark, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: Possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 29–34.
- Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36, 119–124.

- Craske, M. G., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, R. (2007). Cognitive behavioural therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1095–1109.
- Dozois, D. J. A., Seeds, P. M., & Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic Approaches to the Prevention of Depression and Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 44-59.
- Dudley, R., Kuyken, W., & Padesky, C. A. (2011). Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualization. *Clinical Psychology Review*, 31, 213-224.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shaffan, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Einstein, D. A. (2014). Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: A review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 280-300.
- Fairholme, C., Carl, J., Farchione, T., & Schonwetter, S. (2012). Transdiagnostic processes in emotional disorders and insomnia: Results from a sample of adult outpatients with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 522-528.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Goodwin, F., & Jamison, K. (2007) *Manic-depressive illness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285–312.

Greenberg, L., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington, DC: APA Press.

Harrington, N. (2006). Frustration intolerance beliefs: Their relationship with depression, anxiety, and anger in a clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 699–709.

Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 31, 225-235.

Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Hayes, A. M., Beevers, C., Feldman, G., Laurenceau, J., & Perlman, C. A. (2005). Avoidance and emotional processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13, 111–122.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Strosahl, K., Gifford, E. V., & Follette, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.

Hill, C., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, 50, 68–76.

Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107, 156-176.

- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy, 41*, 567–574.
- La Greca, A., Ehrenreich-May, J., Mufson, L., & Chan, S. F. (2006). Preventing adolescent social anxiety and depression and reducing peer victimization: Intervention development and open trial. *Child and Youth Care Forum*. doi: 10.1007/s10566-016-9363-0
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 177-190.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lysaker, P., Roe, D., & Yanos, P. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 192-199.
- Mansell, W. (2010). Core processes of psychopathology and recovery: Does the Dodo bird effect have wings? *Clinical Psychology Review, 31*, 189-192.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*, 6-19.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy, 43*, 533-545.

- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the Repetitive Negative Thinking Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 509–519.
- McEvoy, P. M., & Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 344–350.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*, 27–40.
- McKay, M., Fanning, P., & Zurita Ona, P. (2011). *Mind and emotions: A universal treatment for emotional disorders*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counseling and psychotherapy*. London: Sage.
- McLeod, J. (2013). Qualitative research: Methods and contributions. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5^a ed., pp. 49-84). New York: Wiley.
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin, 136*, 128–150.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569–582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504–511.

- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives of Psychological Science*, 6, 589–609.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 32, 109-118.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2000). DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets. *Cognitive & Behavioral Practice*, 2, 425-434.
- Rodriguez-Seijas, C., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2015). How transdiagnostic factors of personality and psychopathology can inform clinical assessment and intervention. *Journal of Personality Assessment*, 97, 425-235.
- Snorrason, I., Belleau, E. L., & Woods, D. W. (2012). How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clinical Psychology Review*, 32, 618-629.
- Solanto, M. V. (2011). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: Targeting executive dysfunction*. New York: Guilford.
- Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F., & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 111–118.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary care routine practice: Replication with a larger sample. *Psychological Medicine*, 38, 677-688.

Taylor, S., & Clark, D. A. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for mood and anxiety disorders: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 3-5.

Tomko, R., Lane, S. P., Pronove, L. M., Treloar, H. R., Brown, W., Solhan, M. B., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2015). Undifferentiated negative affect and impulsivity in borderline personality and depressive disorders: A momentary perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 740-753.

Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 33, 493–509.

Waller, G. (2008). Viewpoint: a “trans-diagnostic” model of the eating disorders: a new way to open the egg? *European Eating Disorders Review*, 16, 165- 172

Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and comorbidity: Evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27, 160–175.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Publications: New York.

ANEXOS

**Anexo A – Fatores, Processos e Mecanismos Identificados pelos Modelos
Transdiagnósticos Apresentados**

Figura 15 - Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de Leahy (2002)

Esquemas Emocionais	Validação pelos outros Compreensão Culpa Visão simplista da emoção Valores mais elevados Incontrolabilidade Entorpecimento Procura de racionalidade Duração Consenso Aceitação das emoções Ruminação Expressão Censura
----------------------------	---

Figura 16 - Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de Harvey et al. (2004)

Processos Transdiagnósticos Gerais	Processos Transdiagnósticos Definitivos Específicos
<i>Processos Atencionais</i>	Atenção seletiva a estímulos externos Atenção seletiva a estímulos internos Evitamento atencional Atenção a fontes de segurança
<i>Processos de Memória</i>	Memória seletiva implícita Memória recorrente
<i>Processos de Racionalização</i>	Raciocínio interpretativo Racionalização da expectativa Racionalização emocional
<i>Processos de Pensamento</i>	Pensamento repetitivo negativo Crenças metacognitivas positivas e negativas
<i>Processos Comportamentais</i>	Evitamento comportamental Comportamento de segurança Evitamento experiencial

Figura 17 - Processos Transdiagnósticos Identificados no Modelo de Carey (2008)

Processos Transdiagnósticos	Conflito Percetivo Interno
------------------------------------	----------------------------

Figura 18 - Processos Transdiagnósticos Identificados por McEvoy, Nathan, e Norton (2009)

Elementos de Intervenção Transdiagnóstica
Psicoeducação
Restruturação cognitiva
Exposição
Ensaio comportamentais
Técnicas interpessoais e cognitivo-comportamentais
Relaxamento
Controlo da respiração
Ativação comportamental
Definição de objetivos
Treino de assertividade
Gestão de <i>stress</i>
Aspetos relacionados com o estilo de vida
Auto monitorização

Figura 19 - Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de Nolen-Hoeksema e Watkins (2011)

		Exemplos de Fatores Transdiagnósticos
1º Nível	<i>Fatores Transdiagnósticos Distais de Risco</i> (i.e., fatores que tornam o indivíduo potencialmente vulnerável a psicopatologia)	Fatores contextuais/ambientais, predisposição genética, alterações congénitas/biológicas)
	Fatores Moderadores (i.e., responsáveis pela progressão dos fatores transdiagnósticos de um nível para outro)	Fatores contextuais ou características biológicas que levantam preocupações/temas, moldam respostas através de condicionamento, ou determinam o valor de reforço de certos estímulos
2º Nível	<i>Fatores Transdiagnósticos Proxiais de Risco</i>	Fatores biológicos que conduzem a tendências comportamentais, emocionais ou cognitivas mal adaptativas (e.g., hiperatividade na amígdala) Défices ou vieses cognitivos no processamento de informação (e.g., vieses atencionais)
		Fatores psicológicos estáveis que refletem a tendência para adotar certos estilos de resposta (e.g., estilo de atribuição pessimista), tendências de regulação emocional (e.g., supressão crónica), ou características da personalidade (e.g., afetividade negativa)

Fatores Moderadores (i.e., responsáveis pela progressão dos fatores transdiagnósticos de um nível para outro)	Fatores contextuais ou características biológicas que levantam preocupações/temas, moldam respostas através de condicionamento, ou determinam o valor de reforço de certos estímulos
3º Nível	<i>Expressão de uma perturbação psicologicamente significativa</i>

Figura 20 - Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de McKay, Fanning e Zurita Ona (2011)

Estratégias Transdiagnósticas de Coping Mal Adaptativas	Evitamento experiencial Ruminação Disfarce emocional Foco a curto-prazo Persistência de resposta Hostilidade ou agressão Avaliação negativa
Elementos de Intervenção Transdiagnóstica	Valores em ação <i>Mindfulness</i> e consciência emocional Difusão cognitiva (desliteralização) Treino de flexibilidade cognitiva Auto cuidado Fazer o oposto Eficácia interpessoal Exposição emocional (baseada na imagética, interoceptiva e situacional)

Figura 21 - Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de Barlow et al. (2011)

Fatores Transdiagnósticos	Componentes Transdiagnósticos de Intervenção
Exemplos: <i>Afetividade negativa</i> <i>Enviesamentos no processamento cognitivo</i> <i>Evitamento comportamental</i> <i>Regulação emocional mal adaptativa.</i>	(1) Aumento da motivação (2) Psicoeducação (sobre a natureza adaptativa das emoções) e explicação da intervenção (3) Treino de consciência emocional (4) Reavaliação cognitiva (5) Identificação de comportamentos mal adaptativos impulsionados por emoções e de evitamento emocional (e aprendizagem de respostas mais adaptativas) (6) Consciência e tolerância a sensações físicas (7) Exposição interoceptiva e situacional (8) Prevenção de recaída.

Figura 22 - Processos Transdiagnósticos Apresentados no Modelo de Frank & Davidson (2014)

MECANISMOS TRANSDIAGNÓSTICOS	Mecanismos de Vulnerabilidade	Défices na regulação da ativação e controlo inibitório Défices no funcionamento executivo Défices no processamento, armazenamento e recuperação da informação Défices na regulação emocional Défices na regulação do sono		
		Condicionamento clássico Condicionamento operante Modelagem		
		Esquemas negativos Crenças metacognitivas		
		Sensibilidade à ansiedade Controlo percebido Intolerância à incerteza Perfeccionismo Medo de avaliações (positivas e negativas) Orientação negativa do problema Responsabilidade e estimacão da ameaça aumentadas Sensibilidade à doença ou ao dano		
		Tolerância ao <i>distress</i>		
	Mecanismos de Resposta	Evitamento Experiencial	Estratégias de evitamento e fuga	Procura de segurança Procura de reafirmação Compulsões
			Evitamento comportamental (situacional)	
			Evitamento cognitivo	Controlo do pensamento Supressão do pensamento Preocupação
			Evitamento interoceptivo (somático)	
			Evitamento emocional	
			Comportamentos impulsionados por emoções	
		Erros de Avaliação Cognitiva		
		Foco Atencional		
		Enviesamento Atribucional	Internalização (autoataque) Externalização (atacar os outros)	
Pensamento Repetitivo Negativo		Preocupação Ruminação Processamento pós-evento		

Anexo B – Contributos dos Modelos Transdiagnósticos

Figura 23 - Comparações dos Contributos dos Modelos Transdiagnósticos

Processos Transdiagnósticos	Autores Leahy (2002)	Harvey et al. (2004)	Carey (2008)	Nolen-Hoeksema & Watkins (2011)	McKay et al. (2011)	Barlow et al. (2011)	Frank & Davidson (2014)
Validação pelos outros (esquema emocional)	✓						
Compreensão (esquema emocional)	✓						
Culpa (esquema emocional)	✓						
Visão simplista da emoção (esquema emocional)	✓						
Valores mais elevados (esquema emocional)	✓						
Incontrolabilidade (esquema emocional)	✓						
Entorpecimento (esquema emocional)	✓						
Procura de racionalidade (esquema emocional)	✓						
Duração (esquema emocional)	✓						
Consenso (esquema emocional)	✓						
Aceitação das emoções (esquema emocional)	✓						
Ruminação (esquema emocional)	✓						
Expressão (esquema emocional)	✓						
Censura (esquema emocional)	✓						
Atenção seletiva a estímulos externos		✓					
Atenção seletiva a estímulos internos		✓					
Evitamento atencional		✓					
Atenção a fontes de segurança		✓					
Foco atencional							✓
Memória seletiva explícita		✓					
Memória recorrente		✓					
Raciocínio interpretativo		✓					
Racionalização da expectativa		✓					
Racionalização emocional		✓					

Enviesamento atribucional (internalização vs. externalização)							✓
Pensamento repetitivo negativo – Ruminação		✓		✓	✓		✓
Pensamento repetitivo negativo – Preocupação		✓					✓
Pensamento repetitivo negativo – Processamento pós-evento							✓
Crenças metacognitivas		✓					✓
Evitamento comportamental		✓				✓	✓
Comportamentos de segurança		✓					✓
Evitamento experiencial		✓			✓		✓
Significado pessoal			✓				
Conflito percetivo interno			✓				
Fatores contextuais/ambientais				✓			
Predisposição genética				✓			
Alterações congénitas/biológicas				✓			
Fatores biológicos				✓			
Défices ou vieses cognitivos		✓		✓		✓	
Regulação emocional deficiente ou mal adaptativa				✓		✓	✓
Afetividade negativa				✓			
Inibição emocional					✓	✓	
Foco a curto prazo					✓		
Persistência de resposta					✓		
Hostilidade ou agressão					✓		
Avaliação negativa					✓		
Défices na regulação da ativação e controlo inibitório							✓
Défices no funcionamento executivo							✓
Défices no processamento, armazenamento e recuperação da informação							✓
Défices na regulação do sono							✓
Respostas aprendidas (condicionamento clássico,							✓

condicionamento operante, modelagem)							
Esquemas negativos (sobre o próprio, os outros, o mundo e o futuro)							✓
Sensibilidade à ansiedade							✓
Controlo percebido							✓
Intolerância à incerteza							✓
Perfeccionismo							✓
Medo de avaliações							✓
Orientação negativa do problema							✓
Responsabilidade e estimacão da ameaça aumentadas							✓
Sensibilidade à doença ou ao dano							✓
Tolerância ao <i>distress</i>							✓
Procura de reafirmação							✓
Compulsões							✓
Controlo do pensamento							✓
Supressão do pensamento							✓
Evitamento interoceptivo (somático)							✓
Evitamento emocional							✓
Comportamentos impulsionados por emoções							✓
Erros de avaliação cognitiva							✓

Anexo C – Outros Processos Transdiagnósticos

Figura 24 - Processos Transdiagnósticos e Respetivas Perturbações Psicológicas

Processo Transdiagnóstico	Perturbações Psicológicas em que se manifesta
Regulação Emocional Deficiente ou Mal Adaptativa	<i>Perturbações do Espetro Bipolar</i> (Goodwin & Jamison, 2007)
	<i>Perturbação da Personalidade Borderline</i> (Linehan, 1993)
	<i>Perturbação de Stress Pós-Traumático</i> (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han, 2005)
	<i>Anorexia Nervosa</i> (Brockmeyer, Bents, Holtforth, Pfeiffer, Herzog, & Friederich, 2012)
	<i>Depressão Major</i> (Brockmeyer et al., 2012)
	<i>Ansiedade</i> (Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell, & Schmidt, 2010)
	<i>Escoriação Neurótica</i> (Snorrason, Belleau, e Woods, 2012)
Evitamento ou Inibição Emocional	<i>Tricotilomania</i> (Snorrason et al., 2012)
	<i>Depressão</i> (Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005)
	<i>Perturbação de Stress Pós-Traumático</i> (Foa Hembree, & Rothbaum, 2007)
	<i>Perturbação da Personalidade Borderline</i> (Stiglmayr, Shapiro, Stieglitz, Limberger, & Bohus, 2001)
Afetividade Negativa	<i>Depressão</i> (Böhnke, Lutz, & Delgadillo, 2014; Tomko, Lane, Pronove, Treloar, Brown, Solhan, Wood, & Trull, 2015; Byllesby, Charak, Durham, Wang, & Elhai, 2016)
	<i>Perturbações de Ansiedade</i> (Böhnke, Lutz, & Delgadillo, 2014; Byllesby et al., 2016)
	<i>Perturbação Obsessivo-Compulsiva</i> (Böhnke, Lutz, & Delgadillo, 2014)
	<i>Perturbação de Stress Pós-Traumático</i> (Byllesby et al., 2016)
	<i>Perturbação da Personalidade Borderline</i> (Tomko et al., 2015)
	<i>Esquizofrenia</i> (Lysaker, Roe, & Yanos, 2007)
Sensibilidade à Ansiedade	<i>Depressão</i> (Naragon-Gainey, 2010)
	<i>Perturbações de Ansiedade</i> (Naragon-Gainey, 2010)
	<i>Perturbações Emocionais</i> (Fairholme, Carl, Farchione, & Schonwetter, 2012)
	<i>Insónia</i> (Fairholme et al., 2012)
Intolerância à Incerteza	<i>Fobia Social</i> (McEvoy & Mahoney, 2012; Einstein, 2014)
	<i>Perturbação de Pânico e Agorafobia</i> (McEvoy & Mahoney, 2012; Einstein, 2014)
	<i>Perturbação Obsessivo-Compulsiva</i> (McEvoy & Mahoney, 2012; Einstein, 2014)
	<i>Perturbação de Ansiedade Generalizada</i> (McEvoy & Mahoney, 2012; Einstein, 2014)
	<i>Depressão</i> (McEvoy & Mahoney, 2012; Einstein, 2014)
Défices no Funcionamento Executivo	<i>Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção</i> (Solanto, 2011)
	<i>Depressão</i> (Solanto, 2011)
	<i>Ansiedade</i> (Solanto, 2011)
	<i>Perturbações Alimentares</i> (Solanto, 2011)
	<i>Consumo de Substâncias</i> (Solanto, 2011)
	<i>Esquizofrenia</i> (Gotlib & Joormann, 2010)
	<i>Perturbação Obsessivo-Compulsiva</i> (Gotlib & Joormann, 2010)

	<i>Perturbação de Stress Pós-Traumático</i> (Aupperle, Melrose, Stein, e Paulus, 2012)
Ruminação	<i>Depressão</i> (Nolen-Hoeksema, 2000) <i>Ansiedade</i> (Nolen-Hoeksema, 2000) <i>Perturbação da Personalidade Borderline</i> (Watkins, 2009) <i>Perturbação de Stress Pós-Traumático</i> (Nolen-Hoeksema, 1991) <i>Perturbação Obsessivo-Compulsiva</i> (Nolen-Hoeksema, 1991) <i>Perturbação do Sono</i> (Nolen-Hoeksema, 1991) <i>Fobia Social</i> (Nolen-Hoeksema, 1991)
Preocupação	<i>Depressão</i> (McEvoy, Mahoney, & Moulds, 2010) <i>Perturbações de Ansiedade</i> (McEvoy et al., 2010) <i>Perturbação Obsessivo-Compulsiva</i> (McEvoy et al., 2010)
Processamento Pós-Evento	<i>Ansiedade</i> (McEvoy et al., 2010) <i>Depressão</i> (McEvoy et al., 2010) <i>Raiva</i> (McEvoy et al., 2010) <i>Vergonha</i> (McEvoy et al., 2010) <i>Distress Global</i> (McEvoy et al., 2010)
Esquemas Negativos (sobre o próprio, o outro, o mundo e o futuro) 1 – Crença de desamparo (Beck, 2011) 2 – Crença de não ser amado (Beck, 2011) 3 – Crença de inutilidade (Beck, 2011)	<i>Perturbações de Trauma</i> (Foa et al., 2007) <i>Perturbações de Ansiedade</i> (Beck, Emery, & Greenberg, 1985) <i>Perturbações da Personalidade</i> (Beck, Freeman, & Davis, 2006) <i>Perturbações Emocionais</i> (Fairholme, Carl, Farchione, & Schonwetter, 2012) <i>Insónia</i> (Fairholme et al., 2012)
Perfeccionismo	<i>Perturbações de Ansiedade</i> (Egan, Wade, & Shaffan, 2011) <i>Depressão</i> (Egan, Wade, & Shaffan, 2011) <i>Perturbações Alimentares</i> (Egan, Wade, & Shaffan, 2011) <i>Perturbação Obsessivo-Compulsiva</i> (Egan, Wade, e Shaffan, 2011) <i>Perturbações da Personalidade</i> (Egan, Wade, e Shaffan, 2011)
Evitamento Comportamental	<i>Depressão</i> (Dozois, Seeds, & Collins, 2009) <i>Perturbações de Ansiedade</i> (Dozois, Seeds, & Collins, 2009)
Comportamentos de Procura de Segurança	<i>Perturbações Emocionais</i> (Fairholme et al., 2012) <i>Insónia</i> (Fairholme et al., 2012)
Comportamentos Impulsionados pelas Emoções	<i>Perturbação da Personalidade Borderline</i> (Linehan, 1993) <i>Perturbações Alimentares</i> (Waller, 2008)
Evitamento Interoceptivo (Somático)	<i>Perturbações de Ansiedade e Ataques de Pânico</i> (Barlow, 2002)
Défices na Regulação do Sono	<i>Depressão</i> (Harvey, Murray, Chandler, & Soehner, 2011) <i>Perturbações de Ansiedade</i> (Harvey et al., 2011) <i>Perturbação de Stress Pós-Traumático</i> (Harvey et al., 2011)

Anexo D – Instrumento de Recolha de Dados

Transdiagnostic International Project (TIP)

Transdiagnostic Factors: A Qualitative Study on Psychotherapists' and Supervisors'

Perspective of Common Processes Among Psychological Disorders

DESCRIPTION OF RESEARCH: Our research team in the clinical psychology programme at the Psychology Department, Lisbon University invites you to participate in a research study about transdiagnostic factors – Transdiagnostic International Project (TIP). While transtheoretical approaches have revealed shared components, common factors or general principles across theoretical approaches (e.g. therapeutic alliance) for the last decades, transdiagnostic approaches reveal factors, mechanisms or processes shared across psychological disorders, whether in the biological (e.g. disturbed sleep), psychological (e.g. elevated perfectionism) or social domains (e.g. expressed emotion).

Although transdiagnostic factors have been increasingly studied, their connection with applied clinical practice and supervision has received comparatively less attention. It is therefore relevant to turn empirical research attention to a deeper description of what transdiagnostic factors represent as well as to better understand how they can inform and influence clinical and supervisory decision making and practice. That was the driving force for TIP.

As a clinician and/or supervisor of clinicians, we welcome and appreciate your participation and invite you to read the Informed Consent information below before taking part in our TIP survey. This project has been reviewed following the procedures of the University Research Ethics Committee and has been given a favourable ethical opinion for conduct.

RESEARCH PROCEDURES: You will be asked to answer some questions via this TIP platform. The questions are separated in two blocks: (1) demographic information; and (2) two qualitative questions that can give us more detailed information about your own experience as

a clinician and/or a supervisor, regarding the subject mentioned above. Finally, we ask you briefly about your experience and motivation as our TIP participant.

This should take approximately 30 minutes to complete.

This research is being conducted by Rita Alexandra Dias da Silva, B.A. (Psychology), a Masters level student at the Faculty of Psychology, Lisbon University, supervised by Nuno Conceição, Ph.D. (Psychology), Guest Assistant Professor at the Faculty of Psychology, Lisbon University, Portugal.

SELECTION OF PARTICIPANTS: The participants of this study are clinicians and/or supervisors of any theoretical approach.

RISKS AND BENEFITS: Participating in TIP has the potential to provide you with an opportunity to reflect on yourself as well as on your work and experience as a clinician and/or supervisor. Participating in TIP involves no risk. Participants will be given researchers' contact information during the debriefing period, and can directly contact the researchers with any questions, concerns or to find out about the results. At the end of the project, participants will be able to access a table of transdiagnostic factors recently reviewed by researchers of TIP to help their practice.

CONFIDENTIALITY: Protection of individuals' identities will be based on the guidelines provided by the American Psychological Association (APA). The material used for the on-line format was developed on a secure platform, via Qualtrics, specifically constructed for TIP. Participation is strictly anonymous and completely voluntary. You will not be required to provide your name on any of the survey materials.

WITHDRAWAL FROM THE STUDY: You may choose to withdraw from TIP at any time without negative consequences.

QUESTIONS: “I understand that if I wish further information regarding my rights as a research participant, I may contact the researcher Rita Alexandra Dias da Silva, B.A. (Psychology), a Masters level student at Psychology Faculty, Lisbon University, at paradigmaticcomplementarity@gmail.com”.

RESULTS: Data generated by TIP will constitute some of the data for the 1st researcher’s dissertation requirements. The results could potentially be used at conferences and in relevant publications. No identifying personal information ever will be shared in these publications or presentations.

If you agree to participate in TIP, you agree with this consent form and you are required to fill your answers on the following online pages. Once you get to the end you will be able to press the last forward (>>) button and your survey will be considered completed. You will be explicitly told when your data is safe with us.

We welcome you to TIP and thank you in advance!

Part I

Please fill out the following information about yourself:

1 – Gender:

- Male
- Female

2 – Age:

3 – Nationality:

4 – Highest educational degree obtained:

- B.S./B.A.
- M.S./M.A. (in counseling/clinical/marriage and family/school)
- PhD/PsyD/EdD (in clinical/counseling/school psychology)
- MSW (social work)
- M.D. (psychiatry)

5 – Race/Ethnicity (check as many as apply):

- White American
- African American
- Asian American/Pacific Islander
- Hispanic American
- Middle Eastern
- Native American/Alaskan Native

- Multiethnic (please specify):

- International (please specify):

- Other:

6 – In your practice, how much do you think you are influenced by each one of the following theoretical perspectives? (Please rate all the scales below)

	Nothing 1	2	3	4	5	Totally 6
Psychoanalysis/Psychodynamic						
Behavior Therapy						
Cognitive Therapy						
Humanistic Therapy						
Interpersonal Therapy						
Systemic Therapy						
Other (Specify approach or model) _____						

7 – If you are a clinician, which of the following categories best describes your clinical experience?

- Less than 18 months
- 1,5 to 3,5 years
- 3,5 to 7 years
- 7 to 15 years
- 15 to 25 years
- More than 25 years of experience

8 – Approximately how many clients do you see per week?

9 – Context of practice:

10 – If you are a supervisor, which of the following categories best describes your experience as a supervisor?

- Less than 18 months
- 1,5 to 3,5 years
- 3,5 to 7 years
- 7 to 15 years
- 15 to 25 years
- More than 25 years of experience

11 – Approximately how many supervisees do you see per week?

12 – Context of practice:

Part II

2 TIP Qualitative Questions

We are interested in finding transdiagnostic or common processes across clients/patients not yet explicitly mentioned in the clinical or empirical literature, or simply reinforcing with qualitative evidence those already identified. Your qualitative input should thus articulate in as much detail as possible how such factors are or can be used in your practice as clinician and/or supervisor. Please offer us your most unique and distinctive contribution from your clinical or supervisory practice, taking in consideration your most fine-tuned perceptive skills.

You can focus on common processes that maintain clients' disorders or difficulties – hindering, or those reflecting clients' achievements or changes – liberating.

You can focus on your work as a clinician or as a supervisor, but please specify which condition you choose.

You can focus on answering both challenges or just one of them, depending from your willingness to share more or less. On the first challenge you are asked to search for a common transdiagnostic process within a client/patient, and between clients/patients on the second. We mirrored the structure in both challenges to make it clear and parsimonious for you. We hope you enjoy it!

Any route you choose will provide us with highly appreciated data! The challenge follows next:

1 – Pick one client/patient from your last week who has at least 2 different comorbid disorders/issues, but whose problems, or their transformation, reflect a common underlying process. PLEASE DESCRIBE YOUR CHOSEN COMMON UNDERLYING PROCESS!

[Please answer in as much detail as you can considering our next prompts]

- Are you answering as a clinician or a supervisor (i.e. is this client/patient being seen by you or by your supervisee)?
- After naming the different disorders/issues, describe what the underlying common process is (i.e. how does the common process operate similarly or differently in those conditions)?
- The common process is hindering or liberating the client/patient (i.e. how is it causing suffering or resulting from/in change)?
- Describe if and how you fostered working with this client/patient on that common process, and refer to advantages and disadvantages of doing so currently or in the future (i.e. how to, and why or why not work on it)?

2 – Pick two or more clients/patients from your last week who have at least 2 different disorders/issues, but whose problems, or their transformation, reflect a common underlying process. PLEASE DESCRIBE YOUR CHOSEN COMMON UNDERLYING PROCESS!

[Please answer in as much detail as you can considering exactly the same prompts as before]

- Are you answering as a clinician or a supervisor (i.e. is this client/patient being seen by you or by your supervisee)?

- After naming the different disorders/issues, describe what the underlying common process is (i.e. how does the common process operate similarly or differently in those conditions)?
- The common process is hindering or liberating the clients/patients (i.e. how is it causing suffering or resulting from/in change)?
- Describe if and how you fostered working with these clients/patients on that common process, and refer to advantages and disadvantages of doing so currently or in the future (i.e. how to, and why or why not work on it)?

We are delighted you reached this point!

3 – Finally, we are interested to know about your experience of participating in our study.

- What was your motivation when you decided to participate? What was it like for you to answer all these questions? What is it like for you now that you have participated?



As a knowledge-valued TIP for your generous participation in TIP, we prepared for you these two tables of trandiagnostic factors to help your practice.

1 – List of Transdiagnostic Factors – Long

2 – List of Transdiagnostic Factors – Short

If you no longer need to edit your participation please press this last ">>" button so your data can be recorded.

If you have any doubts or interest in the future results of this study, drop us a line at paradigmaticcomplementarity@gmail.com

Anexo E – Tabelas de Resultados das Categorias “Insight & Awareness Processes/Focus”, “Skills & Learning Processes/Focus”, “Establishing And Maintaining Therapeutic Alliance Focus”, “Therapy Process/Structure Focus”, “Trauma Process/Focus”, “Family, Couple & Parenting Process/Focus” e “Change Consolidation Process/Focus”

Figura 25 - Categoria "Insight & Awareness Processes/Focus"

INSIGHT & AWARENESS PROCESSES/FOCUS (29)	
Exposure Processes/Focus (9)	
	Providing Verbal and Written Information (w) (1)
	Providing Alive Material (w) (1)
	Providing Conflicting Learning Experiences (w) (1)
	Desensitizing the Trigger to Decrease it's Valence (w) (1)
	Exposure Techniques to Reduce Overestimation of Threat (w) (1)
	Exposure Therapy for Checking Behaviors (w) (1)
	Exposure to Emotion (w) (1)
	Reading Narratives of Trauma Memories (w) (1)
Awareness Processes/Focus (8)	
	Increasing Awareness (w) (4)
	Mapping a Timeline Over Life Events (w) (3)
	Addressing Childhood Maltreatment Issues (w) (1)
	Exploring Ambivalence (w) (1)
	Exploring Strengths and Growth Edges (w/a) (1)
	Greater Awareness (w/a) (1)
Insight Processes/Focus (8)	
	Poor Insight (s/hi) (1)
	Promotion of Insight (w) (5)
	Promotion of Reflection (w) (1)
	Emergence of a Reflexive Stance (w/a) (2)
	Better Reflections (w/a) (1)
	Greater Insight (w/a) (1)
Psychoeducation (8)	
	Psychoeducation on Emotion (w) (1)
	Psychoeducation about Psychological and Physical Symptoms (w) (1)
	Psychoeducation on Addiction Behaviors (w) (1)
	Psychoeducation on Self-Efficacy (w) (1)
	Psychoeducation on Thoughts (w) (1)
	Psychoeducation to Empower Helplessness (w) (1)
	Psychoeducation to Establish Therapeutic Alliance (w) (1)
	Psychoeducation on Avoidance Processes (w) (1)
Mindfulness & Spiritual Processes/Focus (8)	
	Attending to Pleasurable Sense Experiences (s/li) (1)
	Teaching Mindfulness (w) (4)
	Meditation/Relaxation (w) (2)
	Relief (w/a) (1)

Figura 26 - Categoria "Skills & Learning Processes/Focus"

SKILLS & LEARNING PROCESSES/FOCUS (26)	
Promoting a Healthy Lifestyle (w) (10)	
Teaching Mindfulness (w) (4)	
Meditation/Relaxation (w) (2)	
Grounding Into the Present (w) (1)	
Enhancing Interests (w) (1)	
Journal Writing (w) (1)	
Making Concrete Plans on Day to Day Basis (w) (1)	
Healthy Lifestyle (w)(a) (1)	
More Everyday Structure (w/a) (1)	
Optimism Towards Life (w/a) (1)	
Positive Life Changes (w/a) (1)	
Problem-Solving Orientation (s/li) (3)	
Adaptive Ways of Interpreting and Responding (s/li) (2)	
Skill Development (w) (7); (w/a) (4)	
Teaching Coping Strategies/Skills (w) (2)	
Crisis Management (w) (1)	
Monitoring Specific Idiopathic Distress (w) (1)	
Social Skills (w) (1)	
Teaching to Actively Allow Thoughts/Feelings/Sensations (w) (1)	
Better Coping Strategies (w/a) (1)	
Enhanced Capacity to Identify Internal Resistance (w/a) (1)	
Changed Behavior/Thought/ Feeling are Unfamiliar and New (w/d) (1)	
Altering Deeply Engrained Pattern (w/st) (1)	
Skill Development at Child and Adolescent Levels (w/st) (1)	

Figura 27 - Categoria "Establishing and Maintaining Therapeutic Alliance Focus"

ESTABLISHING AND MAINTAINING THERAPEUTIC ALLIANCE FOCUS (22)	
Enhancing Motivation (10)	
Therapeutic Alliance (w) (7)	
Providing Support (w) (2)	
Possibility to Exhaust Client's Motivation (w/d) (1)	
Therapeutic Alliance Demandings (10)	
Empathy (w) (3)	
Safe Therapeutic Setting (w) (2)	
Finding a Common Road (w) (1)	
Helping the Patient Stay Present in the Session (w) (1)	
Need for More Support (w/d) (3)	
Need to Re-Establish Safety (w/d) (1)	
Identifying, Addressing and Exploring Concerns/Issues/Symptoms (5)	
Addressing Every Issue Brought by the Client (w) (2)	
Identifying Primary Concerns (w) (1)	
Meet the Basic Needs (w) (1)	
Exploring the Themes Brought to Session (w/a) (1)	
Addressing More Urgent Symptoms (w/a) (1)	
Assistance (w) (2)	
Assisting Patients to Reevaluate Values/ Limitations/Aspirations (w) (1)	
Keeping Schedule Appointments (w) (1) Enhancing Therapeutic Alliance (w) (1) Transference/Countertransference Interpretations (w) (1) The Patient Doesn't Feel Intruded/Suspicious/Uncomfortable (w/a) (1) Establishing Therapeutic Relation (w/st) (1) Poor Therapeutic Alliance (w/st) (1)	

Figura 28 - Categoria "Therapy Processes/Structure Focus"

THERAPY PROCESS/STRUCTURE FOCUS (20)	
Therapeutic Responsivity (5)	
Poor Responsivity to the Chosen Approach (w/st) (3)	
Poor Improvement of Pathology (w/d) (2)	
Poor Impact (w/d) (1)	
Challenging (w) (5)	
Feedback (w) (2)	
Accompaniment to Community Centers (w) (1)	
Bringing in a Peer Mentor Who Has Had Similar Problems (w) (1)	
Helping Patients and Families Navigate the Hospital Setting (w) (1)	
Linking Patients and Families to Community Resources (w) (1)	
Showing Personality (w) (1)	
Tolerate Long Silences (w) (1)	
Using Appropriate Levels of Self-Disclosure (w) (1)	
Slow Process (w/d) (2)	
Expensive Process (w/d) (1)	
Possibility to Miss Important Steps (w/d) (1)	
Repetitive Practice (w/d) (1)	
Underdosing (w/d) (1)	
Inhibition of Some Topics (w/st) (2)	
Avoidance and Withdrawal (w/st) (1)	
Deliver a Specific Intervention (w/st) (1)	
Replication (w/st) (1)	
Resistance (w/st) (1)	
Work in a Process Way (w/st) (1)	

Figura 29 - Categoria "Trauma Processes/Focus"

TRAUMA PROCESS/FOCUS (14)	
Recent Trauma (7)	
	Sexual Abuse (s/he) (1); (s/hi) (2)
	Losses (s/he) (1); (s/hi) (2)
	Discrimination (s/hi) (2)
	Forced to Take Drugs (s/hi) (1)
	Hospitalization (s/hi) (1)
	Stress and Trauma in Migration Process (s/hi) (1)
Early Trauma (6)	
	Early Childhood Trauma (s/he) (1)
	Massive Loss (s/he) (1)
	Sexual Abuse (s/he) (1); (s/hi) (2)
	Physical Abuse (s/hi) (2)
	Psychological Abuse (s/hi) (2)
	Witnessing Violent Physical Altercations (s/hi) (1)
Trauma (nonspecific) (s/he) (3); (s/hi) (2)	
Trauma Resolution Work (w) (1)	

Figura 30 - Categoria "Family, Couple & Parenting Processes/Focus"

FAMILY, COUPLE & PARENTING PROCESS/FOCUS (11)	
Dysfunctional Family System (s/he) (1)	
Rejection by Caregivers (s/he) (1)	
Parenting Styles (s/hi) (3)	
Abandonment by Caregiver (s/hi) (2)	
Marital Separation (s/hi) (2)	
Attachment Disruption from Mother (s/hi) (1)	
Family Psychopathology (s/hi) (1)	
Parentified Child (s/hi) (1)	
Pregnancy Problems (s/hi) (1)	
Romantic Relationship Separation (s/hi) (1)	
Shaming, Critical Family Environment (s/hi) (1)	
Parent Management Training (w) (n=1)	

Figura 31 - Categoria "*Change Consolidation Processes/Focus*"

CHANGE CONSOLIDATION PROCESS/FOCUS (8)
Empowerment (w) (n=2); (w/a) (1)
Maintaining Balance (w) (1)
Convincing the Patient that the Change is Real (w/st) (1)
Maintaining Activities (w/st) (2)
Artificial Feel of the Desired Changes (w/d) (1)
Limited Scope of Change (w/d) (1)

Anexo F – Fatores Já Reconhecidos *versus* Fatores Inovadores

Figura 32 - Fatores Já Reconhecidos versus Fatores Inovadores

Fatores Já Reconhecidos	Fatores Inovadores
EMOTIONAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Negative Affect (20) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Anxiety (s/he) (3); (hi) (6) ◦ Anger (s/he) (1); (hi) (3) ◦ Hopelessness (s/he) (1); (hi) (2) ◦ Less negative affect (w/a) (1) • Deficits in emotional regulation (s/he) (5); (s/hi) (4) • Denial of distress (s/he) (1); (s/hi) (1) • Emotional avoidance (s/he) (2); (s/hi) (3) • Fear of failure (s/he) (1); (hi) (1) • Difficulty expressing adaptive emotions (s/he) (1) • Intolerance to discomfort (s/he) (1) • Fear of not surviving the injury (s/he) (1) • Emotional inhibition (s/hi) (1) • Fear of death (s/hi) (1) • Fear of suffering from cancer (s/hi) (1) • Hyperarousal cycles (s/hi) (1) • Transformation of maladaptive emotions (w) (2) • Distress tolerance skills (w) (1) • Emotional regulation and expression (w) (1) • Normalizing and grounding emotions (w) (1) • Teaching to label emotions (w) (1) • Habituation to strong emotions (w/a) (1) • Improved mood (w/a) (1) • Increased tolerance to discomfort (w/a) (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Shame (s/he) (3); (s/hi) (4) • Guilt (s/he) (1); (s/hi) (3) • Poor emotional knowledge (s/he) (1); (s/hi) (3) • Bad stimulation of affects (s/he) (1) • Depressive reaction (s/he) (1) • Feeling disgusted by unwanted thoughts /sensations/feelings (s/he) (1) • Fear of loss of relationship (s/he) (1) • Fear of not being able to contribute to family activities (s/he) (1) • Fear of not being able to return to the previous lifestyle (s/he) (1) • Fear of one's emotionality (s/he) (1) • Rage (s/he) (1) • Reactivity to repeated traumatic events (s/he) (1) • Anguish (s/hi) (1) • Low mood (s/hi) (1) • Sadness (s/hi) (1) • Unprocessed anger (s/hi) (1) • Acceptance of emotional arousal (s/li) (1) • Labeling and attending to emotions (s/li) (2) • Sharing the inner world (s/li) (1) • Empathic exploration (w) (1) • Empty chair task (w) (1) • Enabling grieving (w) (1) • Focusing (w) (1) • Teaching how to interrupt fear (w) (1) • Teaching how to not fear moods (w) (1) • Two chair task (w) (1) • Hope (w/a) (1) • Alexithimia (w/st) (1)
BEHAVIORAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Behaviors Caused By Emotional Arousal (hi) (6) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Self-harming behavior (hi) (4) ◦ Suicide Attempts (hi) (2) ◦ Elimination of behaviors caused by emotional arousal (w) (1) ◦ Less behaviors caused by emotional arousal (w) (a) (1) • Obsessive/Compulsive Behaviors (hi) (4) • Aggressive Behaviors (hi) (3) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hostility (he) (1) • Maladaptive Responses (hi) (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Addictive behaviors (he) (4) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Substance use (hi) (4) • Compulsive need to fix and check (he) (1) • Need for order (he) (1) • Playing violent videogames (hi) (1) • Asking for incremental shifts (w) (1) • Work on getting back to school (w) (1) • Work on getting back to work (w) (1)

<ul style="list-style-type: none"> • Rigid behaviors (he) (1) • Behavioral Avoidance (8) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Avoidant behaviors (he (1); (hi) (4) ◦ Inhibition of some topics (hi) (2) ◦ Interrupting avoidant behavior patterns (w) (1) • Behavioral Activation (w) (4) • Reinforcement (w) (3); (w/a) (1) • Achieving goals (w) (2) • Behavioral changes (w) (1); (w/a) (1) • Behavioral Experiments (w) (1) • Examining harmful behaviors (w) (1) • Forming New Behavioral Alternatives (w) (1) • Teaching behavioral coping skills (w) (1) • Engagement in experimental work (w/st) (1) 	
SELF-SELF	
<ul style="list-style-type: none"> • Self-criticism (s/he) (4); (s/hi) (3) • Perfectionism (s/he) (2); (s/hi) (3) • Isolation (s/he) (1) • Low self-esteem (s/he) (3) • Dissatisfaction with day to day life (s/he) (1) • Inability to feel good about accomplishments (s/hi) (1) • Lack of reflecting functioning (s/he) (1) • Self-regulation difficulties (s/he) (1) • Sense of self as being unable to take care of oneself (s/he) (1) • Demoralization (s/hi) (1) • Difficulties to function effectively at work (s/he) (1) • Lack of self-confidence (s/hi) (1) • Trouble functioning (s/hi) (1) • Finding sense of self (s/le) (1) • Development of self-confidence (w) (1) • Experiential practice of self-acceptance (w) (1) • Fostering a desired personality development (w) (1) • Self-regulation (w/a) (3) • Improved functioning (w/a) (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Killing desire (s/he) (1) • Self-contempt (s/he) (1) • Sense of self as being intolerably painful (s/he) (1) • Manifesting sense of self within relationships (s/le) (1) • Need to be creative/expressive (s/le) (1) • Need to overcome impaired ability to function effectively (s/le) (1) • Self-rating (s/le) (1) • Self-awareness (s/li) (3) • Sense of control (s/li) (2) • Functionality in work life (s/li) (1) • Good sense of adult responsibility (s/li) (1) • Healthy self-confidence (s/li) (1) • Optimism (s/li) (1) • Psychological safety (s/li) (1) • Safe self-soothing (s/li) (1) • Self-acceptance (s/li) (1) • Sense of safety (s/li) (1) • Understanding of self (s/li) (2) • Create psychological space for self-blame (w) (1) • Modelling interdependency/agency (w) (3) • Greater self-compassion (w/a) (1) • Healthy identity and authentic functioning (w/a) (2)
INSIGHT & AWARENESS	
<ul style="list-style-type: none"> • Exposure Processes/Focus (9) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Desensitizing trigger to decrease it's valence (w) (1) ◦ Exposure techniques to reduce overestimation of threat (w) (1) ◦ Exposure to emotion (w) (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Attending to pleasurable sense experiences (li) (1) • Mapping a timeline over events (w) (3) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Addressing childhood maltreatment issues (w) (1)

<ul style="list-style-type: none"> ○ Providing alive material (w) (1) ○ Providing verbal and written information (w) (1) ○ Reading narratives of trauma memories (w) (1) • Awareness Processes/Focus (8) <ul style="list-style-type: none"> ○ Increasing awareness (w) (4) ○ Greater awareness (w/a) (1) • Insight Processes/Focus <ul style="list-style-type: none"> ○ Poor insight (s/hi) (1) ○ Promotion of insight (w) (5) ○ Promotion of reflection (w) (1) ○ Better reflections (w/a) (1) ○ Emergence of a reflective stance (w/a) (2) ○ Greater insight (w/a) (1) • Psychoeducation (8) <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychoeducation on emotion (w) (2) ○ Psychoeducation about psychological and physical symptoms (w) (1) ○ Psychoeducation on avoidance process (w) (1) ○ Psychoeducation on self-efficacy (w) (1) ○ Psychoeducation on thoughts (w) (1) ○ Psychoeducation to establish a therapeutic alliance (w) (1) • Mindfulness & Spiritual Processes/Focus (6) <ul style="list-style-type: none"> ○ Teaching <i>mindfulness</i> (w) (4) ○ Meditation/Relaxation (2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposure therapy for checking behaviors (w) (1) • Providing conflicting learning experiences (w) (1) • Exploring ambivalence (w) (1) • Exploring strengths and growth edges (w) (1) • Psychoeducation on addiction behaviors (w) (1) • Psychoeducation to empower helplessness (w) (1) • Relief (w/a) (1)
--	---

SELF-OTHER

<ul style="list-style-type: none"> • Attachment disruption (s/he) (1) • Interpersonal Difficulties (15) <ul style="list-style-type: none"> ○ Interpersonal avoidance (s/he) (2) ○ Difficulties in establishing meaningful social relationships (s/hi) (2) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inability to establish adult loving relationships (s/he) (1) ○ Difficulties in maintaining meaningful social relationships (s/hi) (1) ○ Interpersonal failure (s/hi) (1) ○ Interpersonal distrust (s/hi) ○ Impaired interpersonal functionality (s/hi) (1) ○ Difficulties in relationships (s/hi) (1) ○ Ineffective interpersonal skills (s/hi) (1) ○ Relationship problems (s/he) (1) • Interpersonal Competences (4) <ul style="list-style-type: none"> ○ Interpersonal trust (w) (1) ○ Interpersonal effectiveness (w) (1) • Taking on the burden of other's responsibilities (he) (1) • Difficulty in making social conversation (hi) (1) • Intolerance to relational distance (s/hi) (1) • Low assertiveness (s/hi) (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aloof interpersonal relationships (s/he) (1) • Demanding (s/he) (1) • Difficulties in feeling safe and accepted in close relationships (s/he) (1) • Ambivalent relationships (s/hi) (1) • Difficulties connecting with people (s/hi) (1) • Interpersonal boundaries (s/hi) (1) • Non-fulfilling relationships (s/hi) (1) • Relational distance (s/hi) (1) • Empathy (s/le) (1); (s/li) (2) • Obtaining satisfaction in community environments (s/le) (1) • Interpersonal connections (s/li) (3) • Reinforcing environments and people (s/li) (1) • Establishing personal boundaries (s/li) (1); (w) (2) • Support (w) (3) • Modelling interdependency/agency (w) (1) • Tolerating relational distance (w) (1) • Better relationships (w/a) (3)
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Social isolation (s/hi) (1) • Examining and exploring interpersonal relationships (w) (4) • Teaching and practicing communication and empathy (w) (1) • Teaching communication skills (w) (1) • Being more social (w/a) (1) • Produce positive social behaviors (w/a) (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fresh way to approach people and events (w/a) (1) • Rearrangement of relational models (w) (1); (w/a) (1)
COGNITIVE	
<ul style="list-style-type: none"> • Thought Processes/Focus (15) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Rumination/Worry (he) (4); (hi) (5) ◦ Catastrophic thinking (hi) (1) ◦ Amended thinking (w) (1) ◦ Creating psychological space for worry (w) (1) ◦ Identify and replace maladaptive thinking (w) (5) ◦ Identify the structure of thought processes (w) (1) ◦ Questioning thoughts (w) (1) ◦ Teaching how to understand thoughts (w) (1) ◦ Evaluating delusional thinking (w/a) (1) • Attentional Processes/Focus (8) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hypervigilance (hi) (2) ◦ Attention to internal dialogues (w) (2) • Schema (8) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Helplessness (hi) (2) ◦ Negative self-schema (hi) (2) ◦ Unlovability (hi) (1) • Beliefs (6) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Increased competence beliefs (he) (1) ◦ Increased responsibility beliefs (hi) (1) ◦ Increased vulnerability beliefs (hi) (3) ◦ Propensity for assuming that others are judgmental (he) (1) • Reasoning Processes/Focus (3) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Expectations (2) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectations of negative outcomes (s/hi) (1) ◦ Interpretations (1) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Catastrophic interpretations (s/hi) (1) ▪ Identify alternative interpretations (w) (1) • Cognitive Rigidity (s/he) (1) • Overestimation of Threatening Situations (s/he) (1) • Cognitive Distortions (s/hi) (2) • Negative Cognitions (s/he) (1) • De-catastrophize the possibility that others might criticize (w) (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandonment schema (s/he) (1) • Delusions of grandeur (s/he) (1) • Delusions of persecution (s/he) (1) • Attentional difficulties (s/hi) (1) • Difficulties in letting go (s/hi) (1) • Distrust shema (s/hi) (1) • Dependence schema (s/hi) (1) • Limited autonomy schema (s/hi) (1) • Memory losses (s/hi) (1) • Powerlessness schema (s/hi) (1) • Unrealistic expectations of emotional stability (s/hi) (1) • Illogical thinking dispute (s/le) (1) • Control of intrusive thoughts (s/li) (1) • New cognitive structures (s/li) (1) • Attending to pleasurable sense experiences (s/li) (1) • Thought challenging (s/li) (1) • Here-and-now attention (w) (2) • Practicing letting go (w) (1) • Recognizing engagement in mind-reading (w) (1) • Engagement in immediate attention towards the problem (w/a) (1)
SKILLS & LEARNING	

<ul style="list-style-type: none"> • Promoting a Healthy Lifestyle (w) (10) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Teaching mindfulness (w) (4) ◦ Meditation/Relaxation (w) (2) ◦ Enhancing interests (w) (1) ◦ Make concrete plans on day to day basis (w) (1) ◦ Grounding into the present (w) (1) ◦ More everyday structure (w/a) (1) ◦ Healthy lifestyle (w/a) (1) ◦ Positive life changes (w/a) (1) • Problem-solving orientation (li) (1) • Skill development (w) (7); (w/a) (4) • Teaching coping strategies and skills (w) (2) • Social skills (w) (1) • Alter deeply engrained patterns (w/st) (1) • Better coping strategies (w/a) (1) • Crisis management (w) (1) • Teaching to actively allow thoughts/feelings/sensations (w) (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptive ways of interpreting and responded (s/li) (1) • Journal writing (w) (1) • Monitoring of specific idiopathic distress (w) (1) • Enhanced capacity to identify internal resistance (w/a) (1) • Optimism towards life (w/a) (1) • Changed behavior/thought/feeling are new and unfamiliar (s/d) (1) • Skill development at child and adolescent levels (s/st) (1)
BODY	
<ul style="list-style-type: none"> • Somatic complaints (s/he) (2); (hi) (4) • Biological issues (s/he) (1); (s/hi) (1) • Body agitation (s/he) (1) • Somatic expression (s/he) (1) • Exhaustion (s/hi) (1) • Sleeping problems (s/hi) (1) • Symptom control and reduction (w) (3) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Normalization of physiological processes (w) (1) ◦ Stabilization of crisis (w) (1) • Focus on the body training (w) (2) • Progressive relaxation techniques (w) (2) • Teaching how to calm the body (w) (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disconnection from the body experiences (s/he) (1) • Hypothalamic pituitary adrenal axis dysregulation (s/he) (1) • Ambivalence about attending to body sensations (s/hi) (1) • Stabilization of medical treatment (w) (1)
FAMILY, COUPLE & PARENTING	
<ul style="list-style-type: none"> • Dysfunctional family system (he) (1) • Rejection by caregivers (he) (1) • Parenting styles (hi) (3) • Abandonment by caregiver (hi) (2) • Attachment disruption from mother (hi) (1) • Family psychopathology (hi) (1) • Marital separation (hi) (2) • Romantic relationship separation (hi) (1) • Shaming, critical family environments (hi) (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Parentified child (s/hi) (1) • Pregnancy problems (s/hi) (1) • Parent management training (w) (1)
MOTIVATIONAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Experiential avoidance (s/he) (1) • Ineffective defenses (s/he) (1) • Resistance to experience (s/he) (1) • Dissociation (s/hi) (3) • Devaluation (s/hi) (2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abusive introjects (s/he) (1) • Lower order defenses (s/he) (1)

<ul style="list-style-type: none"> • Idealization (s/hi) (1) • Regression (s/hi) (1) 	
ESTABLISHING AND MAINTAINING THERAPEUTIC ALLIANCE	
	<ul style="list-style-type: none"> • Enhance motivation (10) <ul style="list-style-type: none"> ○ Therapeutic alliance (w) (7) ○ Provide support (w) (2) ○ Possibility to exhaust client's motivation (w/d) (1) • Therapeutic alliance demandings (9) <ul style="list-style-type: none"> ○ Empathy (w) (3) ○ Need for more support (w/d) (3) ○ Safe therapeutic setting (w) (2) ○ Find a common road (w) (1) ○ Help the patient stay present in the session (w) (1) ○ Need to re-establish safety (w/d) (1) • Identifying, addressing and exploring concerns, issues and symptoms (5) <ul style="list-style-type: none"> ○ Addressing every issue that is brought by the client (w) (2) ○ Exploring the themes brought to session (w/a) (1) ○ Addressing most urgent symptoms (w/a) (1) ○ Identifying primary concerns (w) (1) ○ Meeting the basic needs (w) (1) • Assistance (w) (2) <ul style="list-style-type: none"> ○ Assisting patients to reevaluate his values/limitations/ aspirations (w) (1) • Establish therapeutic relation (w/st) (1) • Poor therapeutic alliance (w/st) (1) • The patient doesn't feel intruded/suspicious/uncomfortable (w/a) (1) • Keeping schedule appointments (w) (1) • Enhance therapeutic alliance (w) (1) • Transference/Countertransference interpretations (w) (1)
THERAPY/STRUCTURE	
	<ul style="list-style-type: none"> • Challenging (w) (5) • Therapeutic responsivity (5) <ul style="list-style-type: none"> ○ Poor responsivity to the chosen approach (w/st) (3) ○ Poor improvement of pathology (w/d) (2) ○ Poor impact (w/d) (1) • Feedback (w) (2) • Accompaniment to Community Centers (w) (1) • Bringing in a Peer Mentor Who Has Had Similar Problems (w) (1) • Helping Patients and Families Navigate the Hospital Setting (w) (1)

	<ul style="list-style-type: none"> • Linking Patients and Families to Community Resources (w) (1) • Showing Personality (w) (1) • Tolerate Long Silences (w) (1) • Using Appropriate Levels of Self-Disclosure (w) (1) • Slow Process (w/d) (2) • Expensive Process (w/d) (1) • Possibility to Miss Important Steps (w/d) (1) • Repetitive Practice (w/d) (1) • Underdosing (w/d) (1) • Inhibition of Some Topics (w/st) (2) • Avoidance and Withdrawal (w/st) (1) • Deliver a Specific Intervention (w/st) (1) • Replication (w/st) (1) • Resistance (w/st) (1) • Work in a Process Way (w/st) (1)
TRAUMA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Recent Trauma (7) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sexual Abuse (he) (1); (hi) (2) ◦ Losses (he) (1); (hi) (2) ◦ Discrimination (hi) (2) ◦ Forced to Take Drugs (hi) (1) ◦ Hospitalization (hi) (1) ◦ Stress and Trauma in Migration Process (hi) (1) • Early Trauma (6) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Early Childhood Trauma (he) (1) ◦ Massive Loss (he) (1) ◦ Sexual Abuse (he) (1); (hi) (2) ◦ Physical Abuse (hi) (2) ◦ Psychological Abuse (hi) (2) ◦ Witnessing Violent Physical Altercations (hi) (1) • Trauma (nonspecific) (he) (3); (hi) (2) • Trauma Resolution Work (w) (1)
CHANGE CONSOLIDATION	
	<ul style="list-style-type: none"> • Empowerment (w) (n=2); (w/a) (1) • Maintaining Balance (w) (1) • Artificial Feel of the Desired Changes (w/d) (1) • Limited Scope of Change (w/d) (1) • Maintaining Activities (w/st) (2) • Convincing the Patient that the Change is Real (w/st) (1)

Anexo G – Lista Longa de Fatores Transdiagnósticos



Transdiagnostic International Project (TIP)

This is a knowledge-valued TIP for your generous participation in TIP, Rita Silva & Nuno Conceição prepared for you to help your practice.

List of Transdiagnostic Factors – Long

!! - Transdiagnostic Factors Explicitly Identified in Literature

? - Transdiagnostic Factors Tentatively Proposed by the Authors of the Study (in progress)

• EMOTION

- **Emotion regulation deficits (!!)**

Problems with experiencing, differentiating, attenuating, and modulating emotions (Brockmeyer, Bents, et al., 2012).

- **Negative affectivity (!!)**

Tendency to experience negative feelings and emotions (Böhnke, Lutz, & Delgadillo, 2014).

- **Embarrassment**

The feeling of discomfort experienced when some aspect of ourselves is, or threatens to be, witnessed by or otherwise revealed to others and we think that this revelation is likely to undermine the image of ourselves that, for whatever reason or reasons, we seek to project to those others (Burton, 2014).

- **Anger**

Feeling of protest, insecurity, shyness or frustration against someone or something, which is externalized when oneself feels hurt or threatened (Novaco, 1986).

- **Anxiety sensitivity (!!)**

Fear of anxiety-related sensations due to beliefs that experiencing anxiety can have negative implications. It involves fears of somatic, cognitive, and social consequences of anxiety (Frank & Davidson, 2014; Broman-Fulks, Urbaniak, Bondy, & Toomey, 2014).

- **Distress intolerance/Intolerance of negative emotions (!!)**

Inability to tolerate aversive internal states such as negative emotions and physical discomfort (Leyro et al., 2010; Austin et al., 2015).

- **Intolerance to frustration (!!)**

Inability or difficulty in dealing with situations where what was planned doesn't run as expected (Harrington, 2005; Harrington, 2006; Jibeen, 2013).

- **Emotional avoidance/inhibition (!!)**

It targets unpleasant emotional states, often due to fears about the consequences of experiencing negative emotions, and may be expressed via attempts to suppress emotions, dissociate from them, or substitute different emotions (e.g., anger instead of shame or disappointment) (Frank & Davidson, 2014).

- **Emotional markers (?)**

- **Problematic reactions (?)**

Strong and seemingly incomprehensible emotional reactions in response to certain situations (e.g. be very angry without realizing why) (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Greenberg, 2002).

- **Unclear felt sense (?)**

One's tendency to feel confused and unable to get a clear sense of his/her experience without realizing why (e.g. "I just have this feeling but I don't know what it is") (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Greenberg, 2002).

- **Conflict splits (?)**

When one aspect of self is critical toward another aspect (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Greenberg, 2002).

- **Self-interruptive splits (?)**

When one part of the self interrupts or constricts emotional experience and expression (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Greenberg, 2002).

- **Unfinished business (?)**

Unresolved feelings toward a significant other (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Greenberg, 2002).

- **COGNITION**

- **Attention**

- **Attention to concern-relevant internal stimuli (self-focused attention) (!!)**

It includes awareness of physical state, feelings, thoughts, emotions, and memories (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

- **Attention to concern-relevant external stimuli (!!)**

Attention to external stimuli personally important and relevant to the active current concerns (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

- **Attentional avoidance (!!)**

- **Attention towards sources of safety (!!)**

- **Memory**

- **Selective memory (!!)**

The ability to retrieve certain facts and events but not others (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

- **Overgeneral memory (!!)**

An inability to retrieve specific memories from one's autobiographical memory. Instead, general memories are recalled, such as repeated events or events occurring over broad periods (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

- **Avoidant encoding and retrieval style (!!)**
It is an attempt to distance oneself from and cope with the traumatic information (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
- **Recurrent memories (!!)**
When an individual has a sudden, usually powerful, re-experiencing of a past experience or elements of a past experience (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
- **Memory distrust (!!)**
When an individual doubts the accuracy of their memory concerning the content and context of events of which they have experienced (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
- **Reasoning**
 - **Biases in interpretative reasoning (!!)**
Biases in reaching a conclusion as to the meaning of an ambiguous or open-ended situation (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
 - **Faulty appraisals of personal negative experiences (!!)**
 - **Biases in interpreting stimuli (!!)**
Distortions in the interpretation of stimuli, which tend to reflect one's current concerns (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
 - **Overestimation of threat (!!)**
When an individual exaggerates the probability that a negative outcome will occur, or exaggerates the seriousness of any negative consequences (Frank & Davidson, 2014).
 - **Biases in attributional reasoning (!!)**
Biases in the inferences about the causes for why particular outcomes occurred (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
 - **Biases in attributional style (!!)**
Distortions in the attributions one uses to explain why a particular outcome has occurred (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
 - **Internalizing attributions (!!)**
Self-blame, self-criticism, and other self-attacking behaviours (Tangney & Dearing, 2002; Frank & Davidson, 2014).
 - **Externalizing attributions (!!)**
Maladaptive coping style that involves attacking, judging, and blaming others (Tangney & Dearing, 2002; Frank & Davidson, 2014).
 - **Biases in expectancy reasoning (!!)**
Biases in predicting the likelihood of future events and in predicting the outcomes that might result from particular actions or situations (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
 - **Biases in detection of covariation (!!)**
Inability to detect that two events tend to co-occur in a regular and consistent way (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
 - **Biases in hypothesis testing (!!)**
Difficulty in evaluating whether explanations and beliefs are accurate or need to be revised in the light of new information (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

- **Arbitrary inference (!!)**
Drawing unwarranted conclusions in the absence of evidence (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
- **Overgeneralization (!!)**
Drawing a general rule or conclusion on the basis of one or more isolated incidents and applying the concept across the board to related and unrelated situations (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
- **Magnification/Catastrophization (!!)**
Exaggerating the significance or importance of an event in the negative sense (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
- **Dichotomous thinking (black and white thinking) (!!)**
Tendency to categorize all experiences into one or two extreme categories (e.g. all good or all bad) (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
- **Emotional reasoning (!!)**
When judgements are based on emotional feelings (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
- **Personalization (!!)**
Tendency to inappropriately relating external events to oneself (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
- **Executive functioning deficits (!!)**
Difficulties in navigating new situations, analysing problems and selecting strategies to solve them, making it difficult to inhibit incorrect and inappropriate behaviours, to assess performance and to adjust future planning accordingly (Frank & Davidson, 2014).
- **Negative problem orientation (!!)**
Tendency to perceive problems as threats, to expect problems to be unsolvable, to doubt one's ability to successfully cope with problems, and to become frustrated and upset when faced with problems or negative emotions (Nezu et al., 2013).
- **Thought**
 - **Intrusions (!!)**
Spontaneous, unwanted, unbidden, uncontrollable and discrete thoughts, images, or urges that are attributed to internal origins (e.g. a negative self-critical thought like 'I am useless', an image of collapsing in the street or an urge to wash hands over again) (Wells and Morrison 1994; Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
 - **Recurrent negative thinking (!!)**
 - **Worry (!!)**
Cognitive avoidance mechanism that inhibits mental imagery and somatic and emotional activation, preventing emotional processing of fear. It is focused on future-oriented repetitive thinking (Borkovec et al., 2004; Frank & Davidson, 2014).
 - **Intolerance of uncertainty (!!)**
Tendency to react negatively on an emotional, cognitive, and behavioural level to uncertain situations and events (Dugas et al., 2004; Einstein, 2014; Frank & Davidson, 2014; McEvoy & Mahoney, 2012).
 - **Rumination (!!)**
Thoughts and behaviours that repetitively focus an individual's attention on his or her negative

feelings, and the nature and implications of these feelings (Nolen-Hoeksema, 1991) It involves repetitive patterns of thinking about past events (Frank & Davidson, 2014; Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

- **Post-event processing (!!)**

Cognitive reviews of social performance and interpersonal interactions, including previous events in which individuals perceive social failure (Clark & Wells, 1995; Frank & Davidson, 2014).

- **Automatic negative thoughts (?)**

An unpleasant anxiety-provoking thought automatically triggered in a person by a particular situation (Frank & Davidson, 2014).

- **Thought suppression (!!)**

Tendency to suppress unwanted thoughts to reduce the emotional distress accompanying them (Frank & Davidson, 2014). It is the process of deliberately attempting to prevent or remove particular thoughts from entering consciousness (Wegner 1989; Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

- **Catastrophic thinking (?)**

Tendency to constantly think that the worst will happen (Gellatly & Beck, 2016; Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

- **Metacognitive regulation (!!)**

It involves all the processes that control and monitor cognition, such as allocation of attention, monitoring, planning, and checking discrepancies. It includes the responses or strategies which people use to try to control the activities or content of their cognitive system (Wells, 2000).

- **Beliefs**

- **Pervasive/dysfunctional beliefs (!!)**

Deeply entrenched core ideas influencing thinking patterns, behaviours, mood, and interpretations of events. When activated, these constructs elicit response mechanisms, symptoms, and functional impairments (Frank & Davidson, 2014).

- **Negative schemas (about oneself, other, the world, and the future) (!!)**

Underlying cognitive structures that develop early in life and affect people's interpretation of their experiences. When triggered, schemas can act as a lens that distorts reality to conform with and confirm existing schemas. Schema activation evokes negative emotions and response mechanisms such as cognitive distortions and avoidance behaviours (Beck, 1964; Frank & Davidson, 2014).

- **Heightened personal vulnerability/Helplessness (!!)**

When an individual assume they lack control and cannot handle anything effectively or independently (Beck, 2011).

- **Unlovability (!!)**

Beliefs about being unlovable and tendency to question whether one deserve love or can be loved (Beck, 2011).

- **Worthlessness (!!)**

A general sense that one is inherently flawed, incompetent, or inferior (Beck, 2011).

- **Metacognitive negative beliefs (!!)**

It emphasizes the risks and negative consequences of thoughts. Negative beliefs about one's own cognitions that influences how individuals respond to their thoughts and feelings (Wells, 2000).

- **Beliefs about thoughts (!!)**
Tendency to emphasize the risks and negative consequences of thoughts (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).
- **Beliefs about emotions (!!)**
Six dimensions have been identified: (1) overwhelming and uncontrollable; (2) shameful and irrational; (3) invalid and meaningless; (4) useless; (5) damaging; and (6) contagious (Manser, et al., 2012; Frank & Davidson, 2014).
- **Inflated responsibility beliefs (!!)**
When an individual believes he or she has the power to either cause or prevent bad events that are personally important to him or her (Frank & Davidson, 2014).
- **Diminished perceived control/Perceived uncontrollability (!!)**
Interpretation of future events as being out of one's control (Chorpita & Barlow, 1998; Frank & Davidson, 2014).
- **Perfectionism (!!)**
Inability to experience self-satisfaction due to the existence of unrealistic expectations. It is associated with thoughts related to the inability to do something good enough. (Shafran et al., 2002; Frank & Davidson, 2014; Abdi, Chalabianloo, & Joorbonyan, 2015).
- **Self-criticism (!!)**
The pointing out of things critical/important to one's own beliefs, thoughts, actions, behaviour or results (Frank & Davidson, 2014).
- **Fear of evaluation (!!)**
 - **Fear of negative evaluation (!!)**
Apprehension about others' evaluations, distress over negative evaluations by others, and the expectation that others would evaluate one negatively (Frank & Davidson, 2014).
 - **Fear of positive evaluation (!!)**
Fear of doing well in front of others (Frank & Davidson, 2014).
- **Early Maladaptive Schemas**
 - **Abandonment (?)**
The perceived instability or unreliability of those available for support and connection Young, 2012).
 - **Mistrust (?)**
The expectation that others will hurt, abuse, humiliate, cheat, lie, manipulate, or take advantage (Young, 2012).
 - **Emotional deprivation (?)**
The expectation that one's desire for a normal degree of emotional support will not be adequately met by others (Young, 2012).
 - **Defectiveness/shame (?)**
The feeling that one is defective, bad, unwanted, inferior, or invalid in important respects, or that one would be unlovable to significant others if exposed (Young, 2012).
 - **Social isolation/alienation (?)**
The feeling that one is isolated from the rest of the world, different from others, and/or not part of any group (Young, 2012).

- **Dependence/incompetence (?)**
The belief that one is incapable to handle one's everyday responsibilities in a competent manner, without considerable help from others (Young, 2012).
- **Vulnerability to harm or illness (?)**
Exaggerated fear that an imminent catastrophe will strike at any time and that one will be incapable to prevent it (Young, 2012).
- **Enmeshment/undeveloped self (?)**
Excessive emotional involvement and closeness with one or more significant others (often parents), at the expense of full individuation or normal social development (Young, 2012).
- **Failure to achieve (?)**
The belief that one has failed, will inevitably fail, or is fundamentally inadequate relative to one's peers, in areas of achievement (Young, 2012).
- **Entitlement/grandiosity (?)**
The belief that one is superior to other people, entitled to special rights and privileges, or not bound by the rules of reciprocity that guide normal social interaction (Young, 2012).
- **Insufficient self-control/self-discipline (?)**
Pervasive difficulty or refusal to exercise sufficient self-control and frustration tolerance to achieve personal goals, or to restrain the excessive expression of emotions and impulses (Young, 2012).
- **Subjugation (?)**
Excessive surrendering of control to others because one feels coerced (Young, 2012).
- **Self-sacrifice (?)**
Excessive focus on voluntarily meeting the needs of others in daily situations, at the expense of one's own gratification (Young, 2012).
- **Approval-seeking/recognition-seeking (?)**
Excessive emphasis on gaining approval, recognition, or attention from other people, or fitting in, at the expense of developing a secure and true sense of self (Young, 2012).
- **Negativity/pessimism (?)**
A pervasive, lifelong focus on the negative aspects of life (e.g. death, loss, disappointment, guilt, unsolved problems, potential mistakes, things that could go wrong) while minimizing or neglecting the positive or optimistic aspects (Young, 2012).
- **Emotional inhibition (?)**
The excessive inhibition of spontaneous action, feeling, or communication (Young, 2012).
- **Unrelenting standards/hypercriticalness (?)**
The underlying belief that one must strive to meet very high internalized standards of behaviour and performance, usually to avoid criticism (Young, 2012).
- **Punitiveness (?)**
The belief that people should be harshly punished for making mistakes. Involves the tendency to be angry, intolerant, punitive, and impatient with those people (including oneself) who do not meet one's expectations or standards (Young, 2012).
- **Schema Mode (!!)**
 - **Innate Child Modes (!!)**

- **Vulnerable child (!!)**
When the child feels lonely, isolated, sad, misunderstood, unsupported, incompetent, doubts self, needy, helpless, hopeless, frightened, anxious, worried, victimized, unloved, unlovable, lost, weak, defeated, oppressed, excluded, pessimistic (Young & First, 2003).
- **Angry child (!!)**
When the child feels extremely angry, infuriated, frustrated, impatient because his or her core emotional (or physical) needs are not being met (Young & First, 2003).
- **Impulsive/undisciplined child (!!)**
When the child acts on non-core desires or impulses in a selfish or uncontrolled manner, often has difficulty delaying short-term gratification, and feels extremely angry, frustrated and impatient when these non-core desires or impulses cannot be met (Young & First, 2003).
- **Maladaptive Coping Modes (!!)**
 - **Compliant surrenderer (!!)**
When a person acts in a passive, submissive, approval-seeking, or self-critical way around others out of fear of conflict or rejection. He or she tolerates abuse, does not express healthy needs or desires to others, and engages in other behavior that directly maintains the self-defeating schema-driven pattern (Young & First, 2003).
 - **Detached protector (!!)**
When an individual detaches emotionally from people and rejects their help, feels withdrawn, disconnected, depersonalized, empty or bored. He or she pursues distracting, or self-stimulating activities in a compulsive way and may adopt a cynical, indifferent or pessimistic stance to avoid investing in people or activities (Young & First, 2003).
 - **Overcompensator (!!)**
When a person feels and behaves in an extremely aggressive, dominant, competitive, arrogant, devaluing, overcontrolled, rebellious, manipulative, abusive, attention-seeking, or status-seeking way. These feelings or behaviors must originally have developed to compensate for or gratify unmet core needs (Young & First, 2003).
- **Maladaptive Parent Modes (!!)**
 - **Punitive Parent (!!)**
When a person (particularly, a parent) feels that oneself or others deserves punishment or blame and often acts on these feelings by being blaming, punishing, or abusive towards self (e.g. self-mutilation) or others (e.g. his or her children). This mode refers to the style with which rules are imposed rather than the nature of the rules (Young & First, 2003).
 - **Demanding or critical parent (!!)**
When a person (particularly, a parent) feels that the "right" way to be is to be perfect, to keep everything in order, to strive for high status, to be humble, to put others needs before one's own or to avoid wasting time. This mode refers to the nature of the internalized high standards and strict rules, rather than the style with which these rules are applied. These rules are not compensatory in their function (Young & First, 2003).

- **PSYCHODYNAMICS – DEFENSE MECHANISMS (?)**

Manners in which we behave or think in certain ways to better protect or “defend” ourselves (Grohol, 2015).

- **Primitive mechanisms**

- **Denial (?)**

The refusal to accept reality or fact, acting as if a painful event, thought or feeling did not exist (Grohol, 2015).

- **Regression (?)**

The reversion to an earlier stage of development in the face of unacceptable thoughts or impulses (Grohol, 2015).

- **Acting out (?)**

Performing an extreme behavior in order to express thoughts or feelings the person feels incapable of otherwise expressing (Grohol, 2015).

- **Dissociation (?)**

When a person loses track of time and/or person, and instead finds another representation of their self in order to continue in the moment (Grohol, 2015).

- **Compartmentalization (?)**

It is a lesser form of dissociation, wherein parts of oneself are separated from awareness of other parts and behaving as if one had separate sets of values (Grohol, 2015).

- **Projection (?)**

The misattribution of a person's undesired thoughts, feelings or impulses onto another person who does not have those thoughts, feelings or impulses (Grohol, 2015).

- **Reaction formation (?)**

The converting of unwanted or dangerous thoughts, feelings or impulses into their opposites (Grohol, 2015).

- **Less primitive, more mature defense mechanisms**

- **Repression (?)**

When the unconscious blocks unacceptable thoughts, feelings and impulses (Grohol, 2015).

- **Displacement (?)**

The redirecting of thoughts, feelings and impulses directed at one person or object, but taken out upon another person or object (Grohol, 2015).

- **Intellectualization (?)**

The overemphasis on thinking when confronted with an unacceptable impulse, situation or behavior without employing any emotions whatsoever to help mediate and place the thoughts into an emotional, human context (Grohol, 2015).

- **Rationalization (?)**

It is putting something into a different light or offering a different explanation for one's perceptions or behaviors in the face of a changing reality (Grohol, 2015).

- **Undoing (?)**

The attempt to take back an unconscious behavior or thought that is unacceptable or hurtful (Grohol, 2015).

- **DIALECTICAL PATTERNS (?)**

- **Unrelenting crisis (?)**

When repetitive stressful events and an inability to recover fully from one before another occurs results in urgent behaviors such as suicide attempts, self-injury, drinking, spending money and other impulsive behaviors (Matta, 2010).

- **Inhibited grieving (?)**

The tendency to avoid painful emotional reactions (Matta, 2010).

- **Emotional vulnerability (?)**

Sensitivity to emotion, high arousal, slow return to baseline, and inability to manage emotions (Matta, 2010).

- **Self-invalidation (?)**

Tendency to think and/or speak negatively about oneself, feel shameful, disallow one's feelings (Matta, 2010).

- **Active passivity (?)**

Tendency to approach life passively and helplessly, while demanding external solutions to one's problems (Matta, 2010).

- **Apparent competency (?)**

Tendency to act competently in some situations, and helplessly in others (Matta, 2010).

- **BEHAVIOUR**

- **Sleep disturbance (!!)**

- Hypersomnia
- Insomnia
- Reduced sleep need
- Nocturnal panic attacks
- Nightmares

- **Escape and avoidance behaviour (!!)**

Tendency to avoid and escape situations, in order to reduce anxiety (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

- **Procrastination (!!)**

The avoidance of doing a task that needs to be accomplished. It is the practice of doing more pleasurable things in place of less pleasurable ones, or carrying out less urgent tasks instead of more urgent ones, thus putting off impending tasks to a later time (Olpin and Hesson, 2013).

- **Within-situation safety-seeking behaviour (!!)**

Coping behaviours used to reduce anxiety and fear when a person feels threatened (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

- **Emotion-driven behaviours (!!)**

Counterproductive responses to emotion-driven action tendencies, which typically are contextually inappropriate and inadvertently increase the emotions patients are trying to avoid (Barlow et al., 2011; Frank & Davidson, 2014).

- Restricting
- Binging

- Vomiting
- Bodychecking

- **Compulsions (!!)**

Repetitive behaviours or mental acts performed in the service of reducing anxiety or distress (e.g. counting, checking). It reflects attempts to escape distressing emotional states or potentially avoid a range of feared negative consequences (Frank & Davidson, 2014).

- **Interoceptive (somatic) avoidance (!!)**

Avoidance of somatic sensations that could trigger panic attacks (Barlow, 2002; Frank & Davidson, 2014). It includes beliefs that the individual will not be able to tolerate uncomfortable sensations or that the sensations, once provoked, may not remit (Schmidt et al., 2011).

- **OTHER VULNERABILITY FACTORS:**

- Parental psychopathology (!!)
- Parenting stress and coping (!!)
- Parenting behavioural inhibition, and avoidance (!!)
- Peer victimization (!!)
- Fatigue (!!)

Anexo H – Lista Curta de Fatores Transdiagnósticos



Transdiagnostic International Project (TIP)

This is a knowledge-valued TIP for your generous participation in TIP, Rita Silva & Nuno Conceição prepared for you to help your practice.

List of Transdiagnostic Factors – Long

!! - Transdiagnostic Factors Explicitly Identified in Literature

? - Transdiagnostic Factors Tentatively Proposed by the Authors of the Study (in progress)

• EMOTION

- **Emotion regulation deficits (!!)**
 - Negative affectivity (!!)
 - Embarrassment
 - Anger
 - Anxiety sensitivity (!!)
 - Distress intolerance/Intolerance of negative emotions (!!)
 - Intolerance to frustration (!!)
 - Emotional avoidance/inhibition (!!)
- **Emotional markers (?)**
 - Problematic reactions (?)
 - Unclear felt sense. (?)
 - Conflict splits (?)
 - Self-interruptive splits (?)
 - Unfinished business (?)

• COGNITION

- **Attention**
 - Attention to concern-relevant internal stimuli (self-focused attention) (!!)
 - Attention to concern-relevant external stimuli (!!)
 - Attentional avoidance (!!)

- Attention towards sources of safety (!!)
- **Memory**
 - Selective memory (!!)
 - Overgeneral memory (!!)
 - Avoidant encoding and retrieval style (!!)
 - Recurrent memories (!!)
 - Memory distrust (!!)
- **Reasoning**
 - Biases in interpretative reasoning (!!)
 - Faulty appraisals of personal negative experiences (!!)
 - Biases in interpreting stimuli (!!)
 - Overestimation of threat (!!)
 - Biases in attributional reasoning (!!)
 - Biases in attributional style (!!)
 - Internalizing attributions (!!)
 - Externalizing attributions (!!)
 - Biases in expectancy reasoning (!!)
 - Biases in detection of covariation (!!)
 - Biases in hypothesis testing (!!)
 - Arbitrary inference (!!)
 - Overgeneralization (!!)
 - Magnification/Catastrophization (!!)
 - Dichotomous thinking (black and white thinking) (!!)
 - Emotional reasoning (!!)
 - Personalization (!!)
 - Executive functioning deficits (!!)
 - Negative problem orientation (!!)
- **Thought**
 - Intrusions (!!)
 - Recurrent negative thinking (!!)
 - Worry (!!)
 - Intolerance of uncertainty (!!)
 - Rumination (!!)
 - Post-event processing (!!)
 - Automatic negative thoughts (?)
 - Thought suppression (!!)
 - Catastrophic thinking (?)
 - Metacognitive regulation (!!)
- **Beliefs**

- Pervasive/dysfunctional beliefs (!!)
- Negative schemas (about oneself, other, the world, and the future) (!!)
- Heightened personal vulnerability/Helplessness (!!)
- Unlovability (!!)
- Worthlessness (!!)
- Metacognitive negative beliefs (!!)
- Beliefs about thoughts (!!)
- Beliefs about emotions (!!)
- Inflated responsibility beliefs (!!)
- Diminished perceived control/Perceived uncontrollability (!!)
- Perfectionism (!!)
- Self-criticism (!!)
- Fear of evaluation (!!)
- Fear of negative evaluation (!!)
- Fear of positive evaluation (!!)
- Early Maladaptive Schemas (?)
- Abandonment (?)
- Mistrust (?)
- Emotional deprivation (?)
- Defectiveness/shame (?)
- Social isolation/alienation (?)
- Dependence/incompetence (?)
- Vulnerability to harm or illness (?)
- Enmeshment/undeveloped self (?)
- Failure to achieve (?)
- Entitlement/grandiosity (?)
- Insufficient self-control/self-discipline (?)
- Subjugation (?)
- Self-sacrifice (?)
- Approval-seeking/recognition-seeking (?)
- Negativity/pessimism (?)
- Emotional inhibition (?)
- Unrelenting standards/hypercriticalness (?)
- Punitiveness (?)
- Schema Mode (!!)
- Innate Child Modes (!!)
- Vulnerable child (!!)
- Angry child (!!)
- Impulsive/undisciplined child (!!)

- Maladaptive Coping Modes (!!)
- Compliant surrenderer (!!)
- Detached protector (!!)
- Overcompensator (!!)
- Maladaptive Parent Modes (!!)
- Punitive Parent (!!)
- Demanding or critical parent (!!)

• PSYCHODYNAMICS – DEFENSE MECHANISMS (?)

• Primitive mechanisms

- Denial (?)
- Regression (?)
- Acting out (?)
- Dissociation (?)
- Compartmentalization (?)
- Projection (?)
- Reaction formation (?)

• Less primitive, more mature defense mechanisms

- Repression (?)
- Displacement (?)
- Intellectualization (?)
- Rationalization (?)
- Undoing (?)

• DIALECTICAL PATTERNS (?)

- Unrelenting crisis (?)
- Inhibited grieving (?)
- Emotional vulnerability (?)
- Self-invalidation (?)
- Active passivity (?)
- Apparent competency (?)

• BEHAVIOUR

• Sleep disturbance (!!)

- Hypersomnia
- Insomnia
- Reduced sleep need
- Nocturnal panic attacks

- Nightmares
- **Escape and avoidance behaviour (!!)**
 - Procrastination (!!)
- **Within-situation safety-seeking behaviour (!!)**
 - Emotion-driven behaviours (!!)
 - Restricting
 - Binging
 - Vomiting
 - Bodychecking
- **Compulsions (!!)**
- **Interoceptive (somatic) avoidance (!!)**

- **OTHER VULNERABILITY FACTORS:**

- Parental psychopathology (!!)
- Parenting stress and coping (!!)
- Parenting behavioral inhibition, and avoidance (!!)
- Peer victimization (!!)
- Fatigue (!!)